



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

TRABAJO FIN DE GRADO

**TERAPIAS LOGOPÉDICAS EMERGENTES
APLICADAS A LA PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL:
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN
EN LA EDUCACIÓN PRIMARIA**

Grado en Educación Primaria

Mención Audición y Lenguaje

Autor: Raquel Morales Vaquero

Tutor: Prof. Dr. Juan Antonio Valdivieso Burón

(Departamento de Psicología)

Diciembre 2017

RESUMEN

El objetivo de este trabajo se centra en el diseño de un programa de intervención logopédica de desarrollo y mejora de los procesos comunicativos y lingüísticos, dirigido al alumnado de Educación Primaria con Parálisis Cerebral Infantil matriculado en un centro ordinario, basado en metodologías técnicas y procedimientos actuales y emergentes en el campo de la Logopedia, tales como las Técnicas de Tratamiento Global (Bobath), Técnicas Terapéuticas Funcionales (masticación, succión, deglución), Técnicas Analíticas (respiración, fonación, articulación), Arteterapia y Musicoterapia. Se han diseñado un total de doce sesiones de actividades que emplean recursos de intervención múltiple y para ser desarrollados de forma coordinada con otros agentes. A través de estas actividades se trabaja el desarrollo comunicativo y lingüístico. El uso de estas técnicas incrementaría los niveles de motivación, emociones positivas y transferencia de los aprendizajes, además de generarse una dinámica de intervención logopédica más innovadora.

Palabras clave: Intervención logopédica, Audición y Lenguaje, Parálisis Cerebral Infantil, técnicas logopédicas emergentes, Educación Primaria.

ABSTRACT

The aim of this *End of Degree Work* focus on the sketch of a speech intervention program, for the development and improvement of communicative and linguistic processes. It is directed towards Primary Education students, in particular those with Cerebral Palsy enrolled in an ordinary centre. Likewise, it is based on current and emergent methodologies, techniques and procedures in the field of Speech Therapy, such as Global Treatment Techniques (Bobath), Functional Therapeutic Techniques (mastication, suction and swallowing), Analytical Techniques (respiration, phonation and articulation), Art therapy and Music therapy. Twelve sessions of activities have been designed that employ multiple intervention resources for being developed in a coordinated way with other agents. Through these activities the communicative and linguistic development is worked. The purpose of these techniques would increase the levels of motivation, positive emotions and transfer of learning, as well as generating an innovative speech intervention dynamic.

Keywords: Speech intervention, Hearing and Language, Children's Cerebral Palsy, Emerging Speech therapy Techniques, Primary Education.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Objetivos	2
3. Justificación del tema.....	3
4. Fundamentación teórica	4
4.1. Parálisis Cerebral.....	4
4.1.1. Concepto, características y criterios diagnósticos	4
4.1.2. Tipologías	8
4.1.3. Parálisis Cerebral Infantil y Lenguaje	10
4.2. Terapias logopédicas de intervención en la comunicación oral	14
4.2.1. Técnicas de Tratamiento Global.....	14
4.2.1.1. Bobath	15
4.2.2. Técnicas Terapéuticas Funcionales	16
4.2.2.1. Masticación	17
4.2.2.2. Succión.....	17
4.2.2.3. Deglución.....	18
4.2.3. Técnicas Analíticas.....	19
4.2.3.1. Respiración	20
4.2.3.2. Fonación.....	21
4.2.3.3. Articulación.....	21
4.2.4. Arteterapia	22
4.2.5. Musicoterapia	23
5. Propuesta de Intervención en Educación Primaria	26
5.1. Contexto y destinatarios	26
5.2. Objetivos	28
5.3. Temporalización.....	29

5.4 Metodología y organización.....	30
5.5. Recursos	31
5.5.1. Recursos humanos	31
5.5.2. Recursos materiales	32
5.6. Sesiones y actividades.....	33
5.7. Evaluación.....	62
6. Conclusiones.....	62
7. Referencias bibliográficas.....	65
8. Anexos	69
Anexo I. Praxias	69
Anexo II. Actividades de soplo.....	71
Anexo III. Evaluación inicial y final.....	72

Índice de Tablas

Tabla 1. Posturas inhibitoras de reflejos para el dominio de la articulación (Enireb-García y Patiño-Zambrano, 2017).....	21
Tabla 2. Efectos y beneficios de la utilización de la música en sujetos con Parálisis Cerebral (Sabbatella, 2002).....	24
Tabla 3. Elementos de la evaluación de la Musicoterapia (Sabbatella, 2002).....	26
Tabla 4. Adquisición fonética (Bosch, 1983 y 2004).....	72
Tabla 5. Prueba de Articulación de fonemas (Vallés Arándiga, 1995).....	74

Índice de Figuras

Figura 1. Tipologías de la Parálisis Cerebral.....	8
Figura 2. Técnicas logopédicas destinadas a la Parálisis Cerebral Infantil.....	14
Figura 3. Imágenes extensión-flexión y pronación-supinación (Google imágenes).....	15
Figura 4. Posiciones para reeducar la respiración (Enireb-García y Patiño-Zambrano, 2017).....	20
Figura 5. Estructura interna de las sesiones de Musicoterapia (Sabbatelle, 2002).....	25

1. Introducción

Atender a la diversidad del alumnado se convierte en un elemento de calidad importante en el sistema educativo actual, encargándose de velar por el máximo desarrollo de las potencialidades de todos los estudiantes y así lograr su plena inclusión (Sarrionandia, 2006). En este sentido la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, en su redacción dada por la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, en su artículo 1 reconoce como un principio fundamental la calidad de la educación para todo el alumnado, independientemente de sus condiciones y circunstancias. En este contexto normativo, se debe situar la figura del Maestro especialista en Audición y Lenguaje como miembro profesional activo y participativo para llevar a cabo todas estas exigencias legales.

La intervención del Maestro especialista en Audición y Lenguaje se ha de centrar en la mejora de los aspectos comunicativos y lingüísticos de todo el alumnado y en especial de aquellos que presentan dificultades en este ámbito (Fernández y Ganzaraín, 2004), como es el caso del alumnado con Parálisis Cerebral Infantil, considerada como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, que presentan con frecuencia además de los trastornos motores, otros trastornos sensoriales, de rendimiento cognitivo y comunicativos-lingüísticos (Poo, 2008).

El tratamiento logopédico enfocado desde un punto de vista escolar del alumnado con Parálisis Cerebral requiere una gran diversidad de técnicas y procedimientos debido a la heterogeneidad de elementos causales y consecuentes que conforman dicho trastorno, debiendo escoger en cada momento la técnica más ajustada a las necesidades y peculiaridades del individuo y del contexto en el que se desenvuelve (Pennington, 2016), debiendo además incluir en el plan de intervención propuestas dinámicas, globalizadoras y motivadoras que incrementen las relaciones interdisciplinarias y la eficacia en la generalización de las adquisiciones (Habiby y Aisen, 2015), tales como la Terapia Miofuncional (Novak y otros, 2013), Arteterapia (Martins y otros, 2016) y Musicoterapia (Thaut, McIntosh y Hoemberg, 2015), entre otras, que han de ser consideradas emergentes por su múltiple aplicabilidad y diversidad de desarrollo en diferentes áreas, ámbitos y perfiles y que aún no están bien sistematizadas en el campo profesional de la Logopedia escolar.

Teniendo en cuenta todo esto, el presente Trabajo Fin de Grado (en adelante TFG) se va a centrar en el diseño conceptual-metodológico de una propuesta de intervención

logopédica basada en el uso de técnicas y procedimientos emergentes y de nueva implantación que emplea elementos plásticos, artísticos, musicales, sonoros, rítmicos y corporales, dando prioridad a la modalidad intersensorial y a la emoción del alumnado que presenta un cuadro clínico de Parálisis Cerebral Infantil.

2. Objetivos

El presente TFG tiene como objetivo nuclear diseñar una propuesta de intervención logopédica aplicada al alumnado con Parálisis Cerebral Infantil que se encuentre en los niveles de Educación Primaria y matriculado preferentemente en un centro ordinario, basándose en el empleo de técnicas y procedimientos de mejora y estimulación del lenguaje y la comunicación a partir de la funcionalidad corporal, el arte y la música.

Así mismo, como objetivo simultáneo y sirviendo como proceso previo, está el analizar teóricamente las características y peculiaridades de la Parálisis Cerebral Infantil, cuadro clínico sobre el que se va a trabajar, además de revisar referencias bibliográficas sobre esta temática, centrándose especialmente en la base de las técnicas y procedimientos previamente señalados.

En consecuencia, podemos enunciar los siguientes objetivos específicos y operativos:

- a) Con respecto al análisis conceptual de la Parálisis Cerebral Infantil y su metodología de intervención:
 - Profundizar en diversas fuentes documentales sobre las características de la Parálisis Cerebral Infantil, atendiendo principalmente a sus necesidades básicas.
 - Analizar teóricamente las bases conceptuales de las distintas técnicas de intervención logopédica aplicables al alumnado con Parálisis Cerebral Infantil.
 - Revisar propuestas teóricas y metodológicas de diversos autores e investigaciones sobre el uso de técnicas logopédicas emergentes en la Parálisis Cerebral Infantil.
- b) Referido al diseño de una propuesta de intervención logopédica:
 - Diseñar actividades fundamentadas en las técnicas emergentes de desarrollo logopédico para dar respuesta a las necesidades de comunicación y lenguaje del alumnado con Parálisis Cerebral.

- Fomentar y motivar el uso de estas técnicas para su mayor inclusión en el desarrollo de los procesos de enseñanza-aprendizaje, propiciando en todo momento la generalización y transferencia de las adquisiciones.
- Reflexionar sobre las prácticas de intervención como Maestra especialista en Audición y Lenguaje, introduciendo procesos de innovación y mejora en el trabajo logopédico.

3. Justificación del tema

El presente TFG se centra en el diseño conceptual y metodológico de un plan de intervención logopédico aplicable de forma directa sobre un trastorno de desarrollo motor, que precisa en todo momento una estimulación y mejora de las habilidades lingüísticas y comunicativas en todas sus dimensiones (fonología, semántica, sintaxis y pragmática), lo cual generaría un despliegue de competencias y habilidades profesionales múltiple de carácter integrador (Cockerill y otros, 2014; Majnemer y otros, 2014).

El trabajo logopédico que se ha de desarrollar con el alumnado que presenta Parálisis Cerebral Infantil debe contener elementos configuradores muy versátiles, dinamizadores y flexibles, que permitan en todo momento un ajuste a las situaciones de interacción de este tipo de alumnado, así como una conexión interactiva con el contenido y el formato del mensaje que se quiere intercambiar, por lo que debe aprovechar todo el potencial del sujeto y cualquier elemento u objeto tangible que habilite una proyección contextual (Law y Darrah, 2014). De esta manera cabe citar como relevantes en el actual panorama de intervención logopédica, las Técnicas de Tratamiento Global (Bobath), las Técnicas Terapéuticas Funcionales (masticación, succión, deglución), Técnicas Analíticas (respiración, fonación, articulación), Arteterapia y Musicoterapia.

La técnica de Bobath tiene, según Enireb-García y Patiño-Zambrano (2017), principalmente dos etapas: inhibición de las modalidades reflejas anormales de la postura y movimiento y facilitar las posturas y movimientos normales. Esto se debe a que para conseguir que se ejecuten los movimientos de manera normalizada, primero hay que normalizar el tono muscular, inhibiendo los movimientos reflejos anormales para después educar estos movimientos de la manera correcta.

En la masticación se implican los músculos mandibulares, faciales, labiales y linguales. Como los niños con Parálisis Cerebral Infantil presentan anomalías dento-maxilares, asimetrías faciales,... se produce una alteración en la alimentación, problemas que se solventan trabajando con la terapia miofuncional (López, 2017).

Lo mismo ocurre con la succión y deglución: es necesario inhibir el reflejo de la succión para adquirir el reflejo de masticar. La respiración y la fonación en un niño con Parálisis Cerebral están alteradas porque también lo está su comportamiento motor. Para corregirlo, previamente hay que controlar la posición del niño para que su musculatura respiratoria comience a funcionar con normalidad (Serrano y Santos del Riego, 2001).

Mientras que la Arteterapia se utiliza para comunicarse con los demás expresándose de una manera más apreciable, utilizando el arte como una forma de comunicación no verbal (González-Mohíno, 2007), la Musicoterapia emplea la música para ejercer influencia en las personas para promover la comunicación a través del sonido, el ritmo o la melodía (Paz Maldonado, 2013).

En este contexto, como Maestra especialista en Audición y Lenguaje se considera justificado el presente TFG como tentativa formal al diseño y puesta en marcha de técnicas de intervención innovadoras, experimentadas y de uso internacional, que permitirá sentar las bases para la configuración de un quehacer profesional más sistemático y riguroso.

4. Fundamentación teórica

4.1. Parálisis Cerebral

4.1.1. Concepto, características y criterios diagnósticos

La Parálisis Cerebral es, según Confederación ASPACE (2012), 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. Puede generar la alteración de funciones superiores en función del tipo la localización, la amplitud y la disfunción de la lesión neurológica y el nivel de maduración anatómico en que se encuentra el encéfalo cuando esta lesión se produce.

La Confederación ASPACE (2012) determina que:

“La Parálisis Cerebral describe un grupo de trastornos permanentes del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitaciones en la actividad y que son atribuidos a alteraciones no progresivas ocurridas en el desarrollo cerebral del feto o del lactante. Los trastornos motores de la parálisis cerebral están a menudo acompañados por alteraciones de la sensación, percepción, cognición, comunicación y conducta, por epilepsia y por problemas musculoesqueléticos secundarios (Rosembaum, Paneth, Levinton, Goldstein y Bax, 2007, p. 9).”

Según Eicher y Batshaw (1993), la Parálisis Cerebral es un trastorno persistente del movimiento y de la postura causado por una lesión no evolutiva del sistema nervioso central durante el período temprano del desarrollo cerebral, limitado en general a los tres primeros años de vida.

García-Baamonde (2005) determina que la Parálisis Cerebral abarca los diferentes trastornos del movimiento y de la postura, originados por una lesión no continuada del sistema nervioso central. Este tipo de discapacidad es originada antes de la etapa de los dos o tres años de vida, en el periodo prenatal, perinatal o postnatal, llevando asociadas en algunos casos deficiencias de tipo sensorial. A nivel motor se encuentran principalmente aceptados el tono, la postura y el movimiento.

Para Póo (2008), la prevalencia global de Parálisis Cerebral se sitúa aproximadamente entre un 2 y 3 por cada 1000 nacidos vivos. El diagnóstico de la Parálisis Cerebral es fundamentalmente clínico. Para ello hay que:

- Realizar una historia clínica con los factores de riesgo, los factores prenatales, los factores perinatales y los factores postnatales.
- Valorar los ítems de desarrollo y la respuesta a éstos.
- Observar la actitud y la actividad del niño.
- Observar los patrones motores de motricidad fina y gruesa.
- Realizar un examen del tono muscular.
- Realizar una valoración de los reflejos primarios y de los reflejos posturales.

Es complicado asignar a un paralítico cerebral una tipología de Parálisis Cerebral determinada, es decir, un individuo puede pertenecer a varias categorías en función de sus criterios diagnósticos. Según García-Baamonde (2005) existe una pequeña parte de niños con

parálisis cerebral que además tienen deficiencia auditiva (ya sea de transmisión -oído externo y oído medio- o de percepción -oído interno-), principalmente aquellos casos que proceden de una infección del sistema nervioso central, ya sea de tipo prenatal o postnatal. Las dificultades perceptivas de los niños con parálisis cerebral afectan a la correcta interpretación de toda la información aportada del mundo externo, su relación con el entorno o su relación con los otros. Esto también influye en la coordinación, causando dificultades en la lateralidad, orientación y esquema corporal principalmente. Lingüísticamente puede presentar retrasos en la adquisición del lenguaje o trastornos en la articulación, respiración... (García-Baamonde, 2005).

El tratamiento de la Parálisis Cerebral se debe enfocar desde el ámbito de la fisioterapia, de la terapia ocupacional, de la logopedia y de la educación compensatoria. La evaluación debe encuadrarse en un marco de carácter multidisciplinar. El examen diagnóstico debe incluir una entrevista familiar, un examen neurológico, un examen otorrinolaringólogo, fisioterapéutico, psicológico, pedagógico, logopédico, etc. Pérez de la Cruz (2007) presenta una serie de problemas que están asociados a la Parálisis Cerebral:

- *Déficit auditivo*: algunas veces con problemas de agnosia (incapacidad de reconocer o diferenciar sonidos), en parte debido a una hipoacusia o sordera parcial o total.
- *Deficiencia visual*: en muchos casos pueden ir relacionados con déficits en el control del movimiento de los ojos, lo que podrá ocasionar problemas de percepción que dificultarán el aprendizaje.
- *Déficits perceptivos y sensoriales* que dificultan la percepción del movimiento.
- *Alteraciones del lenguaje*: dislexia, disartria o incapacidad para organizar y seleccionar adecuadamente las palabras.
- *Déficit cognitivo*: puede ser secundario a los trastornos motores y sensoriales. Se puede presentar en el 50% de los niños con Parálisis Cerebral.
- *Trastornos de la conducta*: algunos niños pueden presentar trastornos conductuales no relacionados con las áreas motrices de la disfunción cerebral. En otros niños estos trastornos pueden estar relacionados con componentes emocionales como la frustración, dificultades de comunicación o de adaptación al entorno.
- *Problemas emocionales*: debidos a la sobreprotección, la hospitalización frecuente...
- *Problemas respiratorios*: la insuficiencia muscular para toser puede conducir a un aumento de la incidencia de infecciones respiratorias.

- *Trastornos ortopédicos y deformidades secundarias a los problemas motores* (luxación de cadera, escoliosis...), que se acentúan con el crecimiento, debido a que las fuerzas musculares anormales actúan sobre el hueso en crecimiento.

Lenis (2006) determina que las causas de la Parálisis Cerebral pueden ser congénitas, adquiridas o genéticas:

- a) *Congénitas*: referido a factores intrauterinos, natales o perinatales.
- b) *Adquiridas*: causas mixtas que producen daño en el área motor (infecciones en el sistema nervioso central, accidentes cerebrovasculares,...)
- c) *Genéticas*: resultado de una lesión genética.

Por otra parte, Póo (2008) establece una serie de factores de riesgo relacionados con la Parálisis Cerebral:

1. Factores prenatales

- a. Factores maternos: alteraciones de la coagulación, enfermedades autoinmunes, hipertensión, infección intrauterina, traumatismo, sustancias tóxicas.
- b. Alteraciones de la placenta: trombosis en el lado materno, trombosis en el lado fetal, cambios vasculares crónicos, infección.
- c. Factores fetales: gestación múltiple, retraso de crecimiento intrauterino, polihidramnios, hidrops fetal, malformaciones.

2. Factores perinatales

- a. Prematuridad, bajo peso
- b. Fiebre materna durante el parto, infección SNC o sistémica
- c. Hipoglucemia mantenida, hiperbilirrubinemia
- d. Hemorragia intracraneal
- e. Encefalopatía hipóxico-isquémica
- f. Traumatismo, cirugía cardíaca, ECMO

3. Factores postnatales

- a. Infecciones (meningitis, encefalitis)
- b. Traumatismo craneal
- c. Estatus convulsivo
- d. Parada cardio-respiratoria
- e. Intoxicación
- f. Deshidratación grave

4.1.2. Tipologías

Las tipologías de Parálisis Cerebral se pueden clasificar de varias formas en función de los criterios y de los diferentes autores. Philippe Hercberg (2014) determina para *Confederación ASPACE* que hay diferentes tipos de Parálisis Cerebral en función de las órdenes cerebrales que no se efectúan correctamente. Así distingue tres criterios diferentes: el trastorno tónico-postural, la topografía y la severidad.

A continuación se representa una figura que establece los diferentes tipos de Parálisis Cerebral según Philippe Hercberg (2014), para posteriormente explicarlos.

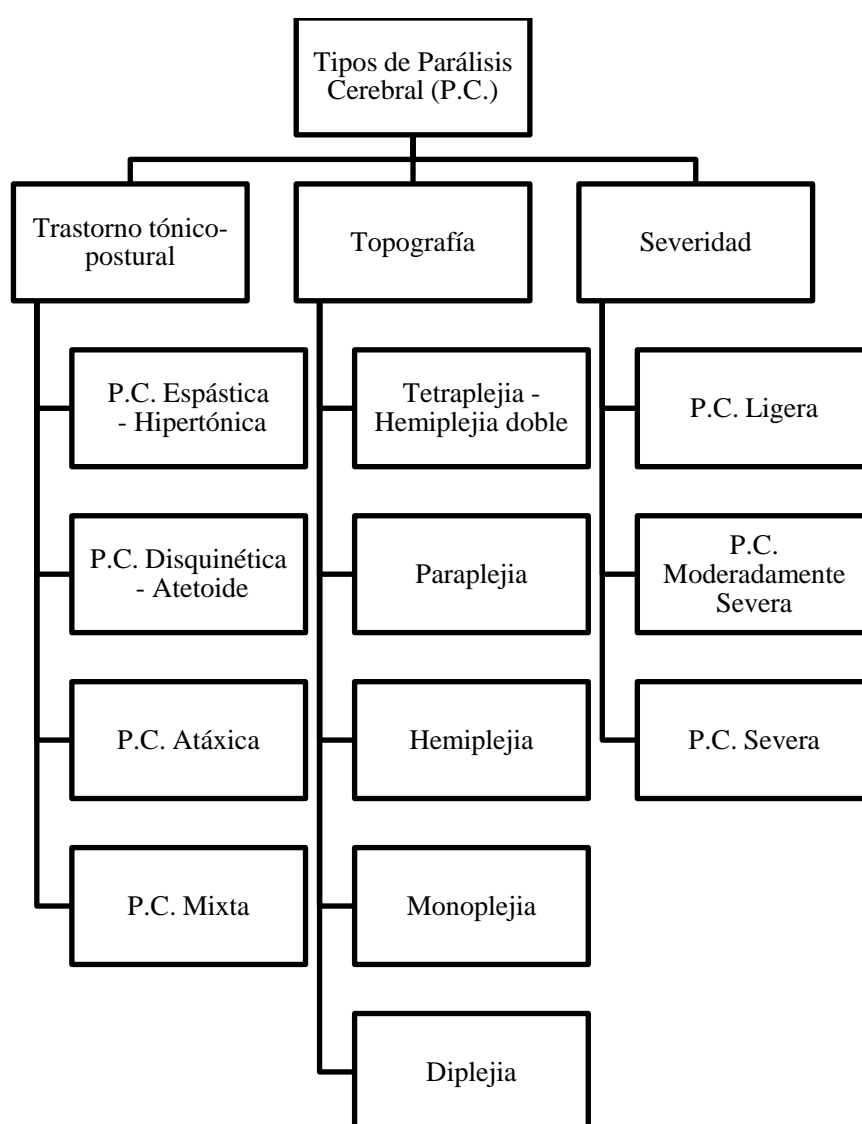


Figura 1. Tipología de la Parálisis Cerebral

1. Trastorno tónico-postural

- a. *Parálisis Cerebral Espástica* (hipertónica): con dificultad para controlar los músculos y con tendencia a estirarse y debilitarse. Se caracteriza por un aumento excesivo del tono muscular (hipertonía). Están afectadas principalmente las células nerviosas de la corteza cerebral o vía piramidal. González-Fernández, Gutiérrez, Lamela, Montañés y Resines (2012) estiman que de todos los casos de Parálisis Cerebral existentes en la actualidad, entre un 70 y 80% se encuentran en este tipo.
- b. *Parálisis Cerebral Disquinética o atetoide*: realizan movimientos lentos, descoordinados e involuntarios, que dificultan los movimientos voluntarios. Se encuentra afectación en la parte central del cerebro, que no funciona de manera correcta. Entre el 10 y 20% de los casos según González, et al. (2012).
- c. *Parálisis Cerebral Atáxica*: tienen dificultad para controlar el equilibrio y tienen tanto el movimiento de las manos como el habla de forma temblorosa. Se produce por una afectación en el cerebelo. Según Enireb-García y Patiño-Zambrano (2017), los niños con este tipo de Parálisis Cerebral pueden pasar fácilmente de la hipertonía a la hipotonía. González, et al. (2012) determinan que el 15% de los casos de Parálisis Cerebral tienen este tipo.
- d. *Parálisis Cerebral Mixta*: en la mayoría de casos con Parálisis Cerebral nos vamos a encontrar a individuos que presentan una combinación de las características de los diferentes tipos mencionados anteriormente. En este caso se encuentran afectadas varias estructuras cerebrales (corteza, cerebelo,...).

2. Topografía

- a. *Tetraplejía - Hemiplejía Doble*: afectación de todos los miembros, superiores e inferiores, siendo afectados de igual manera (Ruiz y Arteaga, s.f.).
- b. *Paraplejía*: afectación de los miembros inferiores.
- c. *Hemiplejía*: está afectada una de las dos mitades laterales del cuerpo.
- d. *Monoplejía*: afectación de un miembro o grupo muscular.
- e. *Diplejía*: cuando aunque se encuentran afectadas las cuatro extremidades, la mitad inferior del cuerpo está más perjudicada que la superior (Ruiz y Arteaga, s.f.).

3. Severidad

- a. *Parálisis Cerebral Ligera*: sin limitación en las actividades ordinarias, es decir, el individuo está capacitado para el habla y para la marcha aunque sus movimientos son torpes.
- b. *Parálisis Cerebral Moderadamente Severa*: mayor dificultad para caminar y hablar, y por lo tanto, para realizar las actividades diarias, por lo que necesitan un apoyo.
- c. *Parálisis Cerebral Severa*: incapacidad para andar y hablar con una limitación en la realización de las actividades diarias. Suelen necesitar un Sistema Alternativo y/o Aumentativo de Comunicación (SAAC).

Hernandez (2015) determina que la mitad de individuos con Parálisis Cerebral con hemiplejía o diplejía tienen un desarrollo armónico cognitivo, comunicativo y social. En cambio, los individuos que tienen tetraplejía, Parálisis Cerebral atáxica o mixta, tienen asociada una discapacidad intelectual con afectación en el lenguaje y los procesos de alimentación.

4.1.3. Parálisis Cerebral Infantil y Lenguaje

Según Serrano y Santos del Riego (2001), se diferencian dos grupos de niños con Parálisis Cerebral Infantil en función del grado de adquisición del lenguaje:

- *Paralíticos Cerebrales orales*: emplean el lenguaje para comunicarse aunque sea de forma dificultada. No existe un habla característica sino que depende de cuáles y de qué grado son los trastornos bucofonatorios que presentan.
- *Paralíticos Cerebrales no orales*: impide el uso del habla para comunicarse porque su afectación motriz es muy grave. Sí se produce una comunicación intencionada a través de gestos con la cabeza, manos, ojos o todo el cuerpo en general.

Un niño con Parálisis Cerebral puede presentar, según Moreno, Montero y García-Baamonde (2004), retrasos en el lenguaje, trastornos de la articulación, respiración, fonación, prosodia y fluencia. De los individuos con Parálisis Cerebral, entre el 60 y el 80% tienen algún grado de afectación en el lenguaje. Los problemas en la adquisición del lenguaje varían mucho de un niño a otro en función del alcance de la lesión a nivel motor y a los trastornos asociados que presente.

Según Malagon (2007), el tratamiento de la Parálisis Cerebral deberá ser multidisciplinario con la colaboración del pediatra, neuropediatra, rehabilitadores, ortopedistas, urólogo, gastroenterólogo, cirujano pediatra, oftalmólogo, dentista, psicólogos y terapistas de medicina física, lenguaje, maestro de educación especial y trabajadoras sociales.

La función de logopeda con el niño es muy importante, pero también lo es el trabajo con otros especialistas como es por ejemplo el fisioterapeuta. Es importante comenzar la terapia acorde a las necesidades de cada niño lo más temprano posible.

Se pueden distinguir tres hechos muy importantes en toda la actividad funcional de los niños (Acosta, 2004). Primero, que al finalizar el primer año de vida, los niños adquieren la capacidad de coordinar esquemas de interacción, dirigidos a personas, y esquemas de acción dirigidos a objetos. En segundo lugar, que antes de que los niños y las niñas empiecen a utilizar palabras y estructuras lingüísticas, producen una buena parte de situaciones comunicativas que son la base de la interacción. Y en último lugar, que las funciones comunicativas se irán reestableciendo gradualmente con otros medios de expresión, como son las palabras y las oraciones, es decir, el lenguaje.

Las personas adultas tienen un papel muy importante en la enseñanza del lenguaje a los niños, ya que tanto los adultos como los niños hablan a los más pequeños utilizando un ajuste de su lenguaje para facilitar así el proceso de adquisición de éste por parte del interlocutor infantil. El lenguaje es un instrumento importante para favorecer la relación y el aprendizaje, ya que las habilidades comunicativas son los pilares sobre los que los niños establecen su interacción social. Por lo tanto, los alumnos que tienen patrones desordenados del lenguaje y de la comunicación, presentarán también restricciones en su interacción social y en el aprendizaje escolar.

Según Moreno, Montero y García-Baamonde (2004), en la Parálisis Cerebral se presentan dificultades en las diferentes dimensiones del lenguaje: tanto en la forma de lo que se habla (fonología, morfología y sintaxis), como en el contenido (semántica) y el uso que el hablar tiene para quienes lo hacen (pragmática). La adquisición de la fonología es más lenta en los niños con Parálisis Cerebral, aunque sigue las mismas fases que en el desarrollo normal. La longitud de las frases es menor, siendo sintácticamente sencillas. El léxico es muy limitado con dificultades semánticas. Principalmente emplean más los nombres, verbos y adjetivos que los pronombres y adverbios. Se determina que la pobreza en la expresión oral

(lingüística y cognitiva) es debido a las limitaciones experienciales y al déficit motor que presentan. En la pragmática se presentan dificultades prácticamente en todo: tienen problemas para iniciar conversaciones, disponen de menos ocasiones para utilizar el lenguaje y mostrar opiniones, tienen dificultad para seleccionar a un determinado interlocutor,... Todas estas indicaciones varían de un caso a otro, dependiendo de cómo afecta el problema motor al niño, los órganos que se encuentran afectados y las funciones implicadas en la expresión oral. También, según el tipo de Parálisis Cerebral que se presente, las alteraciones en la expresión oral variarán.

Acosta (2003) determina una serie de funciones como prioritarias que el lenguaje desempeña dentro del aula:

- Es un instrumento fundamental en el proceso de representación de ideas, así como en la comprensión de todo el discurso pedagógico.
- Permite a los alumnos una adecuada participación en las distintas actividades que tienen lugar en el aula por medio de la discusión en grupos o el aprendizaje cooperativo.
- Facilita las interacciones sociales con profesorado y compañeros y compañeras.
- Condiciona el acceso a la lectoescritura y, como consecuencia, a la comprensión de los textos.
- Posibilita una adecuada planificación, control y guía de la conducta.
- Se utiliza como mediador en aquellas tareas que requieran la solución de problemas, ofreciendo aclaraciones o explicaciones que facilitan la comprensión del alumnado.
- Permite al niño o la niña expresar sus sentimientos y explicar sus reacciones a las demás personas, conocer distintos puntos de vista y aprender valores y normas.

Los individuos con Parálisis Cerebral pueden presentar dificultades a la hora de expresarse, ya sean de forma leve o más grave. González, et al. (2012) determinan que algunas de las principales características del habla en estas personas son:

- Ausencia del ritmo, lentitud, pausas anormales y amontonamiento de frases.
- Habla sacudida con voz ronca, voz débil o imposibilidad para mantener un sonido.
- Voz nasalizada.
- Articulación distorsionada por una incorrecta realización de los fonemas, omisiones y sustituciones.
- Exceso de mímica al hablar, pudiendo llegar a hacer imposible la articulación.

Puyuelo (1982) expone una serie de problemas que pueden presentar los niños con Parálisis Cerebral. A nivel general se pueden ver alterados la comunicación no verbal, el lenguaje verbal (receptivo-expresivo), la articulación y fonética y la voz. También se encuentran incluidos el lenguaje gestual, la mímica y la coordinación visual. Normalmente los niños con Parálisis Cerebral tienen y muestran poco interés por la comunicación ya que no pueden desplazarse como cualquier niño de su edad, lo que implica tener menos contactos sociales y menos oportunidades de desarrollar el lenguaje al permanecer en una cama o silla. Además es frecuente que estos niños realicen con retraso todas las etapas del desarrollo o que en ocasiones no lleguen a alcanzarlas.

Los principales trastornos del habla y del lenguaje del niño paralítico cerebral afectan, según Serrano y Santos del Riego (2001), a la respiración debido a una alteración en la coordinación fono-respiratoria y a otras anomalías en la emisión de la voz por la que se ven afectadas cualquiera de sus cualidades (timbre, tono e intensidad). Estos niños pueden presentar deformaciones en la boca y en el paladar duro, con dificultades para realizar movimientos precisos con la mandíbula, labios o lengua. También puede producirse una alteración en el acento y en el ritmo a la hora de hablar.

La intervención en el lenguaje del niño con PCI incluye el habla y la comunicación debido a que son dos aspectos que caracterizan la utilización normal del lenguaje (Serrano y Santos del Riego, 2001). Para ello se pueden llevar a cabo tres clases de intervención: preventiva, correctora y optimizadora. Se debe comenzar por una evaluación del paciente para la elaboración de un diagnóstico foniatrico. Antes de realizar ningún tipo de tratamiento, el psicólogo debe determinar si el niño ha alcanzado el nivel de desarrollo mental adecuado que nos indica que está en condiciones de aprender a hablar y que posee el desarrollo neuromuscular adecuado para ejercer el control del lenguaje y de las partes del cuerpo relacionadas con éste. La intervención logopédica en personas con Parálisis Cerebral va dirigida, según Fernández & Sevilla, *Confederación ASPACE*, a favorecer, establecer y potenciar la comunicación. Una persona con Parálisis Cerebral puede beneficiarse de esta intervención a cualquier edad y seguir mejorando su lenguaje, no sólo durante los primeros años de vida sino también posteriormente. Hay que conseguir establecer un Código de Comunicación lo antes posible y que la comunicación no se realice solamente con los padres o el logopeda, sino con todas las personas que rodeen al niño.

4.2. Terapias logopédicas de intervención en la comunicación oral

Según Enireb-García y Patiño-Zambrano (2017), antes de comenzar la reeducación logopédica hay que normalizar el tono muscular del niño. En el niño con Parálisis Cerebral espástica este tono es anormalmente alto (hipertonía), mientras que los niños con Parálisis Cerebral atáxica pueden pasar fácilmente de la hipertonía a la hipotonía (disminución del tono muscular).

A continuación se representa una figura que establece diferentes técnicas terapéuticas empleadas en Logopedia para el tratamiento de niños con Parálisis Cerebral Infantil:

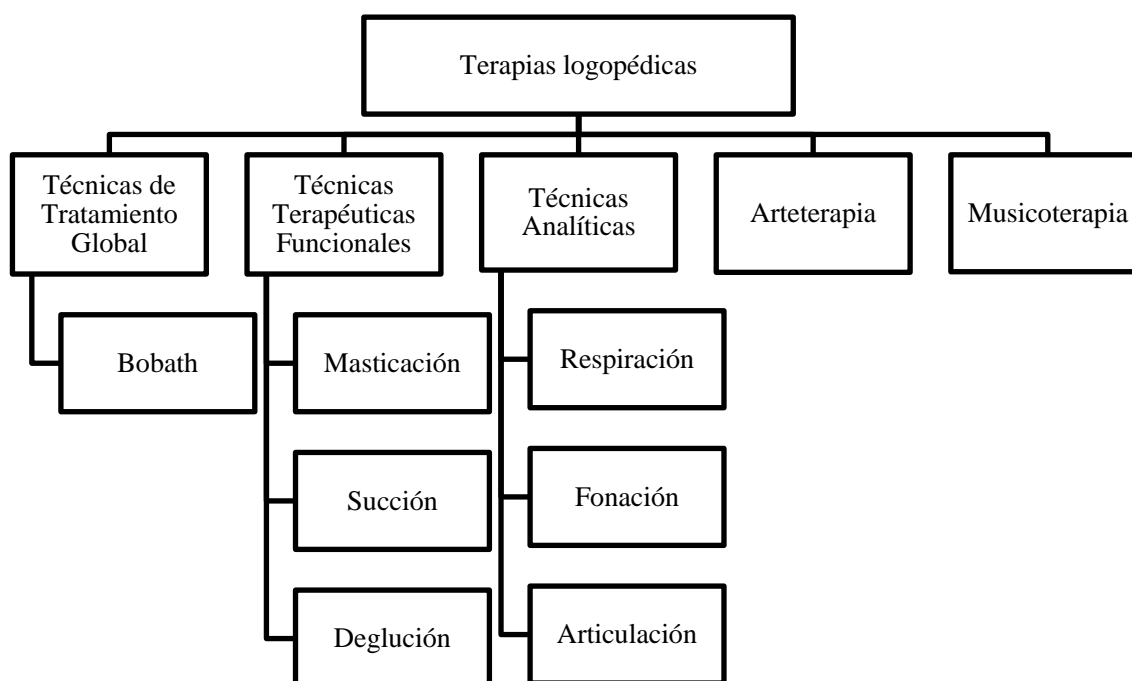


Figura 2. Técnicas logopédicas destinadas a la Parálisis Cerebral Infantil

4.2.1. Técnicas de Tratamiento Global

Según Serrano y Santos del Riego (2001) estas técnicas se utilizan para que el niño tome consciencia de algunas de sus posibilidades que no le son habituales. Estas técnicas incluyen actividades de relajación general utilizándose las posturas de inhibición de *Bobath* para reducir las tensiones en la región cervical principalmente. Todos los movimientos deben ser suaves y lentos.

4.2.1.1. Bobath

Se trata del método más difundido y utilizado para el tratamiento de la Parálisis Cerebral Infantil. Según Pérez de la Cruz (2007) consiste en dar al niño una experiencia sensoriomotriz normal del movimiento a través de la repetición e incorporación de los movimientos a las actividades diarias para conseguir la automatización de éstos y su realización espontánea. Para ello se emplean diferentes técnicas para normalizar el tono muscular anormal, inhibir los reflejos primitivos facilitando la aparición de reacciones de enderezamiento y de equilibrio. La cabeza, los hombros, las caderas y cada una de las articulaciones se tendrán en cuenta para el movimiento, ya que estos puntos permiten que el niño pueda moverse libremente.

El tratamiento de la técnica Bobath tiene, según Enireb-García y Patiño-Zambrano (2017), dos etapas bien diferenciadas:

- Inhibir las modalidades reflejas anormales de la postura y del movimiento
- Facilitar las posturas y los movimientos normales

Para conseguir que se ejecuten movimientos normales, primero hay que normalizar el tono muscular del niño, inhibiendo los movimientos reflejos anormales y después educando estos movimientos. En el caso de los niños con Parálisis Cerebral esta inhibición es complicada porque carecen de capacidad para realizar movimientos variados ya que normalmente están dominados por movimientos reflejos anormales. Para conseguir esto se emplea la técnica de Bobath. En esa técnica se estudian y analizan las posturas y los movimientos típicos del niño en decúbito dorsal, decúbito sentado, arrodillado y de pie, y se lo coloca en posiciones que son antítesis de esas. Es decir, la flexión se transforma en extensión, la pronación en supinación... Los Bobath dan a esas posturas invertidas el nombre de *posturas de reflejos*. (Enireb-García y Patiño-Zambrano 2017).

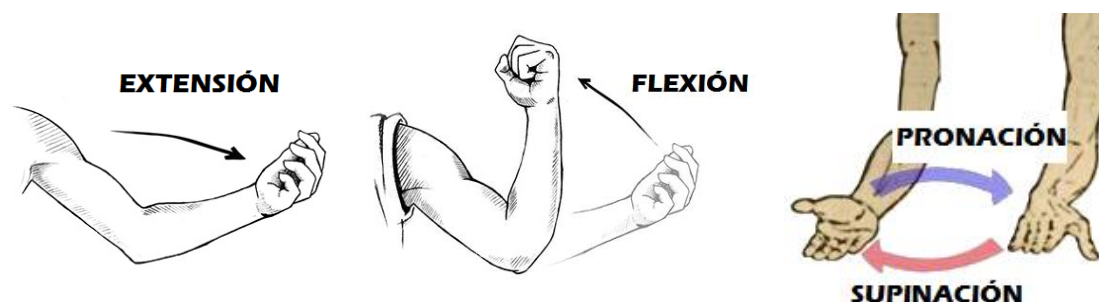


Figura 3. Imágenes extensión-flexión y pronación-supinación (Google Imágenes)

Cuando el niño ya ha adquirido la habilidad para inhibir su propia actividad refleja, se pasa a buscar facilitar los movimientos normales automáticos, que son principalmente las reacciones de enderezamiento y de equilibrio. Las reacciones de enderezamiento se inician en el momento del nacimiento y van desarrollándose posteriormente, mientras que las reacciones de equilibrio aparecen hacia el sexto mes de vida del bebé. La interacción de ambas va organizando la armonía de los movimientos. Según Enireb-García y Patiño-Zambrano (2017), la técnica Bobath desarrolla la reeducación del habla y del lenguaje en el niño con Parálisis Cerebral a través de 3 niveles relacionados entre sí: la reeducación de los trastornos de los órganos de la alimentación, de los trastornos motóricos del habla y del vocablo y semántica.

4.2.2. Técnicas Terapéuticas Funcionales

La Parálisis Cerebral conlleva a la desorganización de algunas funciones vitales como es el caso de la alimentación y sus procesos: masticación, succión y deglución. (Hernandez, 2015). La alimentación se ve alterada debido a un descontrol de la boca, cabeza y tronco, desequilibrio y torpeza en el movimiento de manos y brazos y poca coordinación óculo-manual. Según Serrano & Santos del Riego (2001), para el entrenamiento de la masticación, succión y deglución debe comenzarse desensibilizando toda la zona orofacial mediante masajes en las mejillas, la frente y los labios realizando movimientos con la yema de los dedos.

Hernandez (2015) llevó a cabo un estudio con niños entre tres y quince años para relacionar el tipo de Parálisis Cerebral que presentan con el proceso de alimentación. La muestra fue seleccionada de forma aleatoria, obteniendo que predomina la Parálisis Cerebral espástica, 83% de ésta, siendo el resto (17%), niños con Parálisis Cerebral atáxica.

Enireb-García y Patiño-Zambrano (2017) determina que antes de reeducar al niño, es necesario conocer las etapas del desarrollo normal de la alimentación: durante los tres primeros meses el bebé se alimenta con el reflejo de succión, para pasar después a poder alimentarse con cuchara. Al sexto mes, si se coloca la cuchara delante de los labios el bebé es capaz de absorber el líquido y tragarlo. Poco tiempo después el bebé ya comienza a masticar y babear, sobre todo durante el período en el que le salen los dientes. Al octavo mes el bebé ha aprendido a tomar el alimento con la cuchara y a beber el líquido de un vaso.

Estas etapas de alimentación se desarrollan lentamente en los niños con Parálisis Cerebral, llegando en algunos casos a no desarrollarse. El bebé con Parálisis Cerebral suele babear siempre siendo incapaz de masticar correctamente y no es capaz de sujetar el vaso con los labios.

4.2.2.1. Masticación

Es el proceso por el que los alimentos son triturados. Para que este proceso se lleve a cabo es necesario involucrar los músculos mandibulares, músculos faciales, músculos labiales y músculos de la lengua. Los niños con Parálisis Cerebral presentan anomalías dento-maxilares, algo que genera la mordida abierta y dificulta el selle labial. También encontramos asimetrías faciales, lo que produce el aumento de la saliva, generando problemas de alimentación. (López, 2017)

Según Enireb-García y Patiño-Zambrano (2017), si se toca al bebé cerca de la boca, éste responderá con el reflejo de moder, reflejo que desaparece en un niño con desarrollo normal al desarrollar el reflejo de masticar, sobre los siete meses. Este reflejo de masticar es muy importante para el desarrollo del habla, ya que se emplean la mandíbula, los labios y la lengua, es decir, a partir de estos movimientos gruesos de masticar se desarrollan los movimientos finos que son necesarios para el habla.

En este proceso, según el estudio de Hernandez (2015) se encontraron similitudes en los resultados ya que tanto la totalidad de casos con PC espástica, como la de casos con PC atáxica presentaron los labios separados, intensidad débil y proceso interrumpido, expulsión del bolo alimenticio y debilidad en los carrillos. Durante la masticación la lengua ocupaba un lugar diferente: en los casos con PC espástica se situaba en la cavidad oral y en los de PC atáxica ésta estaba interpuesta.

4.2.2.2. Succión

Enireb-García y Patiño-Zambrano (2017) definen la succión como una actividad refleja que se manifiesta en el momento de nacer, motivada por el hambre o al estimular la región de la boca del bebé. Un bebé en condiciones normales es capaz de inhibir este reflejo de succión a los cuatro meses. Pero el bebé con Parálisis Cerebral tiene más dificultad en

inhibirlo por lo que tiene que aprenderlo para poder adquirir el reflejo de masticar. Existe una relación entre la succión y la deglución, ya que para el bebé que aprende a succionar bien, la deglución les menos complicada.

En el estudio realizado por Hernandez (2015) se encontraron diferencias entre los dos tipos de Parálisis Cerebral. La posición de la lengua en la PC espástica se encontró de forma interpuesta en un 78%, el resto (22%), dentro de la cavidad oral. En la PC atáxica todos los casos presentaron la lengua de manera interpuesta. La postura del maxilar se encontró que todos los casos de PC espástica presentaron ascenso y descenso del maxilar. En el caso de la PC atáxica sólo se observó descenso. En cuanto al control cervical y acercamiento de la cabeza al alimento, en los casos de PC espástica, el 67% tienen control cervical y el 56% se acercan al alimento en el momento de succión.

4.2.2.3. Deglución

Cámpora y Falduti (2012) definen la *deglución* como la actividad de transportar sustancias sólidas, líquidas y saliva desde la boca hacia el estómago. Este proceso consta de tres fases esenciales: oral, faríngea y esofágica (García, Lin, Prado, Salinas, Villanueva, Trepát y Meneses, 2011). La Parálisis Cerebral Infantil puede generar alteraciones en la fase oral y faríngea debido a alteraciones en la formación del bolo, en la masticación, en los mecanismos de arrastre del bolo y en el reflejo de deglución entre otros. Enireb-García y Patiño-Zambrano (2017) determinan que hay que evitar falsos movimientos de la lengua, iniciando en él los movimientos correctos para deglutir.

La coordinación en el transporte del bolo alimenticio es regulada por válvulas que se abren y cierran de forma precisa. Las válvulas que intervienen son: labios, velo lingual, velo faríngeo, cierre de vestíbulo laríngeo (descenso de epiglotis y cuerdas vocales) y esfínter esofágico superior. Cámpora y Falduti (2012).

Entre los problemas de la deglución en niños con Parálisis Cerebral (Bacco, Araya, Flores y Peña, 2014), se encuentran:

- Disfunción de la fase preoral
- Falta de selle labial
- Movimientos involuntarios del maxilar inferior

- Incremento del tiempo de contacto entre los labios y la cuchara
- Reflejo de mordida tónico
- Intentos múltiples para tragar
- Aumento del tiempo de tránsito oral
- Disfunción motora de la lengua
- Alteraciones mecánicas por arco palatino elevado
- Retraso del disparo del reflejo deglutorio
- Exageración del reflejo nauseoso
- Hipersensibilidad de la cavidad oral
- Prolongación de la apnea deglutoria en la fase orofaríngea

En el estudio, Hernandez (2015) observó que el reflejo de deglución se encuentra en casi todos los niños con PC espástica, mientras que se evidenció en los niños con PC atáxica. El control voluntario de deglución estaba presente en todos los niños con PC atáxica y en el 89% de los casos con PC espástica. Se observaron diferencias en la posición de los labios ya que en la PC atáxica los labios los presentan abiertos mientras que en la PC espástica, el 45% los presentan semiabiertos, el 33% abiertos y el 22% sellados. Esto mismo ocurre con la posición de la lengua en el proceso de deglución: el 100% de los casos con PC atáxica se registra la lengua interpuesta a diferencia de los casos con PC espástica en los que el 67% estaba la lengua interpuesta, el 22% presentaba la lengua normal y el 11% con empuje labial.

Todos ellos, tanto con PC espástica, como PC atáxica presentaban dificultades en el proceso de deglución con movimientos asociados. La posición en que se facilita la deglución eran sentada en el 44% de los casos con PC espástica y semisentado en el 56% y en el 100% de PC atáxica.

4.2.3. Técnicas Analíticas

Las Técnicas Analíticas tratan, según Serrano y Santos del Riego (2001), aspectos como la respiración, la fonación y la articulación. La respiración debe controlarse, normalizando su ritmo y acompañándolo de movimientos con una mano sobre el tórax y la otra sobre el abdomen. Después se entrena la fonación para trabajar la resonancia y la articulación. Los movimientos articulatorios se deben realizar primero de manera aislada para después pasar a hacerlos de forma coordinada. La hipoacusia es imprescindible corregirla

para la reeducación del lenguaje ya siendo posible el uso de prótesis auditivas. Se debe hablar al niño haciendo que se escuche a sí mismo y a los demás para que así pueda compararse con otros. Existen ocasiones en las que se establece que el niño ha llegado a su máximo nivel de adquisición del lenguaje, por lo que el logopeda puede plantearse que se empleen métodos de comunicación alternativa. A pesar de esto se debe seguir trabajando tanto el desarrollo del lenguaje oral (aunque sus progresos sean mínimos) como la utilización del código no verbal.

Aunque muchos niños no sean capaces de hablar, sí lo son de comprender el lenguaje, reteniendo y transmitiendo información verbal, de ahí que sea de gran importancia la valoración de la comunicación no verbal (expresiones faciales, movimientos de manos, cabeza y cuerpo en general).

La respiración y la fonación del niño con Parálisis Cerebral están alteradas porque también está alterado su comportamiento motor, tiene un reflejo del movimiento. Para corregir esto primero hay que controlar la posición del niño con posturas inhibidoras de reflejos para que se adapte a ellas y su musculatura respiratoria comience a funcionar con normalidad. La respiración y la fonación suelen trabajarse de manera conjunta.

4.2.3.1. Respiración

El niño con Parálisis Cerebral tiende a realizar un espasmo extensor al inspirar, y un espasmo flexor al espirar. Si colocamos al niño en posiciones que no favorezcan la extensión o la flexión, no correrá el peligro de sufrir espasmos. Para llevar a cabo la reeducación de la respiración hay que controlar la posición del niño a través de las posturas decúbito ventral y sentado. En la posición decúbito ventral hay que tener cuidado de extender bien la columna vertebral y los brazos a lo largo de la cabeza. La posición de sentado sobre los talones aporta una mezcla de extensión y de flexión, extendiendo la columna y los brazos y flexionando la cadera. Enireb-García y Patiño-Zambrano (2017).



Figura 4. Posiciones para reeducar la respiración (Enireb-García y Patiño-Zambrano, 2017)

4.2.3.2. Fonación



Según Enireb-García y Patiño-Zambrano (2017), el método más eficaz para que un niño con Parálisis Cerebral produzca la voz consiste en el movimiento, ya que todos los sonidos que se producen vienen acompañados de algún movimiento del cuerpo normalmente en los primeros meses y años de vida. En el desarrollo normal del niño, la producción de sonidos y de movimientos se separa en una etapa de desarrollo más avanzada. Para facilitar la vocalización hay que recurrir a la vibración. El niño con Parálisis Cerebral es capaz de emitir la voz con mayor facilidad cuando se les facilitan los movimientos y se ven libres de sus posiciones habituales que no son normales.



Por ello es importante que para trabajar la fonación se lleve a cabo una labor conjunta con el fisioterapeuta para que facilite los movimientos y posiciones normales del niño. Al facilitar la voz en las distintas posiciones, el niño con Parálisis Cerebral comienza a escuchar, sentir y diferenciar el ritmo, el tono y la duración de los distintos fonemas, sílabas y palabras vocalizadas.

4.2.3.3. Articulación

Una vez lograda la inhibición de los reflejos, se inicia el ejercicio fonético, colocando la mesa delante de un espejo. Estas posturas serían las siguientes:

Tabla 1. Posturas inhibidoras de reflejos para el dominio de la articulación (Enireb-García y Patiño-Zambrano, 2017)

	<p>El niño está en decúbito lateral, con los miembros inferiores flexionados. El logopeda hace rodar con su mano derecha el hombro del niño; y con su mano izquierda, la cabeza. Primeramente se busca obtener una relajación y después una mejor estabilización postural. Cuando esto se logra, se hace pronunciar el sonido cada vez más fuerte y prolongado, y así una mejor articulación.</p>
	<p>El logopeda se halla sentado en el borde de una mesa, apoyando su lado derecho en la pared. A su vez, el niño está sentado transversalmente sobre las rodillas del logopeda y descansa los pies sobre la mesa. En esa postura, el logopeda sujeta la parte posterior de la cabeza del niño con la mano derecha; y con la</p>

	<p>mano izquierda, el hombro, e intenta desolidarizar la cabeza de la cintura escapular, controlando así la articulación.</p> <p>En la misma posición anterior, la mano izquierda del logopeda ha dejado el hombro para sujetar las mejillas del niño. De este modo se obtiene una relajación de la boca y unas contracciones fonéticas correctas.</p>
	<p>El niño está sentado sobre la mesa, con las rodillas dobladas y rodeadas por sus manos y la cabeza ligeramente flexionada.</p> <p>El logopeda se coloca detrás de él para ayudarlo a mantener esta posición y hacerle mover suavemente la boca, a fin de inhibir la tensión de los músculos del cuello.</p>

El llanto, la risa y la tos facilitan la pronunciación de fonemas por estar relacionadas con el lenguaje. Los niños con desarrollo normal la risa es espontánea y normal, el llanto también es normal, sin movimientos de cuerpo, y la tos es involuntaria y correcta. En cambio los niños con Parálisis Cerebral no siguen este patrón normal, pudiendo tener una risa silenciosa acompañada de movimientos del cuerpo, un llanto con secreción mucosa que le produce ahogo o gritar en lugar de llorar con tos acompañada de mucosidad o flemas. Con estas indicaciones, el niño con Parálisis Cerebral tendrá grandes dificultades para comenzar a hablar. Estos niños también tienen problemas para mover de forma precisa los órganos de fonación (labios, lengua y paladar blando). Por ello es necesario enseñar a mover con normalidad estos órganos, inhibiendo las modalidades reflejas anormales de la postura y del movimiento y facilitando los movimientos propios de la articulación de los fonemas, sílabas, palabras y frases.

4.2.4. Arteterapia

Según González-Mohíno (2007) a través de la *Arteterapia*, tienen la oportunidad de comunicar a los demás sus sentimientos y necesidades de una manera más apreciable. Esto conlleva un gran beneficio para su crecimiento físico y mental porque hace que desarrollen la confianza en sí mismos.

Entre los objetivos de la Arteterapia para las personas con Parálisis Cerebral están:

- Comunicarse empleando códigos más flexibles y cercanos a la experiencia sensorial.
- Ser autónomos en el manejo de materiales y en la toma de decisiones.
- Socializarse con experiencias grupales.
- Madurar, contribuyendo al desarrollo de la personalidad.

A la Arteterapia también se la conoce como la “psicoterapia del arte”, una mezcla del arte con la psicoterapia, utilizando el arte como una forma de comunicación no verbal. A través de ella las personas con Parálisis Cerebral consiguen expresar lo que sienten, necesitan o quieren, lo que además de reforzar la autoestima, facilita la comunicación y ayuda a poder enfrentarse con la realidad. Ésta es una terapia que se realiza de forma individual o grupal, teniendo más eficacia al realizarla grupalmente. No todos los casos de Parálisis Cerebral son iguales, por lo que cada niño requiere una terapia individualizada según su caso. Así el niño proyectará sus necesidades para adaptarse a la realidad a través de sus logros personales.

4.2.5. Musicoterapia

La música ejerce una gran influencia en las personas a través del sonido, el ritmo, la melodía... que sirven para promover la comunicación. El uso de canciones estimulan la expresión oral mejorando la articulación y la vocalización. Es por lo tanto que la *Musicoterapia* es según Paz Maldonado (2013), de gran efectividad, en el tratamiento de la Parálisis Cerebral.

Según Sabbatella (2002), en función de las características musicales específicas, las respuestas del individuo a la música son fisiológicas, neurológicas y psico-emocionales:

- Respuestas fisiológicas: frecuencia del latido cardíaco, frecuencia respiratoria, respuestas galvánicas de la piel, sudoración, tensión muscular, secreción hormonal, secreción gástrica, etc.
- Respuestas neurológicas: excitación de las diferentes áreas de la corteza cerebral, del sistema límbico, cerebelo, sistema nervioso autónomo, etc.
- Respuestas psico-emocionales: atención, motivación, memoria, participación en actividades, grado de comunicación, etc.

Participar en actividades musicales y desarrollar habilidades musicales específicas puede proporcionar el ambiente adecuado para obtener beneficios físicos, emocionales, cognitivos y sociales. (Loureiro, 1992; Schneider, 1968; Thaut, 2000a)

Tabla 2: Efectos y beneficios de la utilización de la música en sujetos con Parálisis Cerebral (Sabbatella, 2002).

Beneficios de la utilización de la música en Parálisis Cerebral	
Sensoriomotriz	Destrezas Motoras: mejora el nivel de tensión y favorece la relajación, ayuda al control motor, mejora la coordinación motora y del temblor. Mejora la manipulación y la movilización general de los miembros superiores favoreciendo la estructuración y organización temporo-espacial. Esquema Corporal: favorece su reconocimiento, el control postural y el equilibrio, la sincronización y la coordinación general y segmentaria. Se estimula el dominio del cuerpo en el espacio, la marcha, el control de los objetos, la expresividad corporal y facial y la habilidad óculo-manual, motrizinstrumental, rítmico-corporal. Mejora la respiración, la fonación y el control vocal.
Psicoemocional	Favorece la expresión de emociones a través del sonido y la música. Favorece la estabilidad emocional y estimula el reconocimiento de la respuesta emocional a las intervenciones musicales propias, de los pares y del musicoterapeuta. Permite la transferencia de comportamientos o rasgos patológicos a la producción musical (comportamientos repetitivos, sonidos específicos, reacciones sonoras incontroladas, etc.).
Cognitiva	Favorece el desarrollo de la atención y la concentración hacia el sonido, la música y el lenguaje, la discriminación auditiva, estimulando la memoria inmediata y a largo plazo. Mejora la inteligibilidad del habla y favorece el desarrollo del lenguaje y la adquisición de vocabulario.
Comunicación social	Mejora la capacidad e intención de comunicación e interacción entre pares, otorgando la oportunidad de asumir diferentes roles en la actividad musical (líder, cooperador,...). Estimula el desarrollo de habilidades sociales (compartir, esperar turnos, respetar...). Aporta un sentimiento de pertenencia a un grupo y estimula las relaciones interpersonales favoreciendo el desarrollo de la autoestima.

Sabbatella (2002) determina que la estructura y organización de un tratamiento de musicoterapia puede sintetizarse en tres fases fundamentales: preparatoria, tratamiento y evaluación.

En la primera fase, antes de comenzar el tratamiento, se debe obtener la información necesaria sobre el diagnóstico y las orientaciones específicas a través del expediente personal y de las reuniones con otros profesionales y con la familia del niño con Parálisis Cerebral. También hay que determinar los objetivos generales que se pretende alcanzar con ese caso concreto y realizar una evaluación inicial para comenzar a conocer la identidad sonoro-musical del paciente. Las primeras sesiones también pueden ser exploratorias en las que se programen actividades para recabar datos significativos y atender de forma más específica y adecuada al paciente. Después de esto se comienza a trabajar a partir del nivel de expresión sonoro-musical en el que se encuentra el paciente, analizando cuáles son sus necesidades específicas y de qué manera la música puede ayudar a encauzarlas. La estructura de las diferentes sesiones es semi-estructurada, con un inicio marcado y en la que se alternan fases más dirigidas con otras más libres en función de las necesidades que vayan surgiendo.

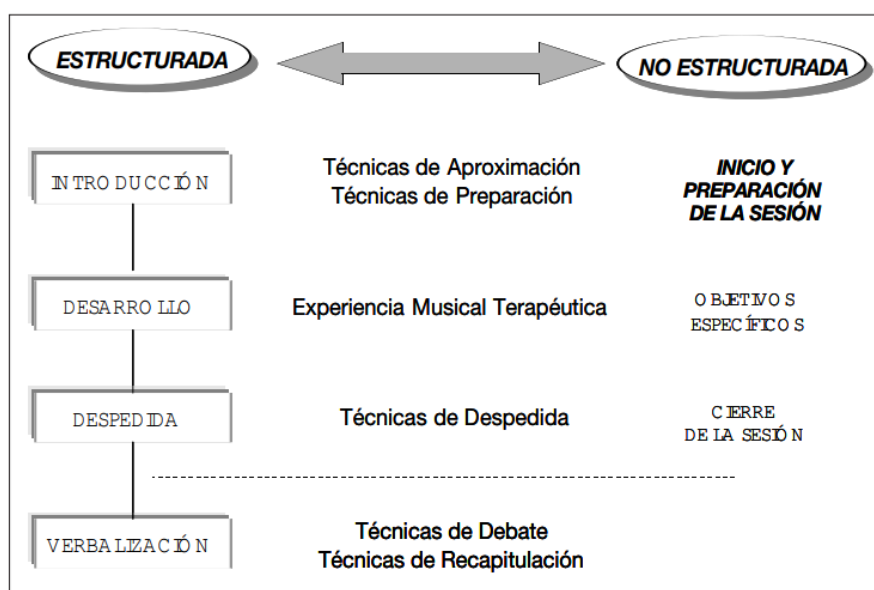


Figura 5. Estructura interna de las sesiones de Musicoterapia (Sabbatella, 2002)

A medida que los resultados obtenidos indican que el paciente va logrando los objetivos propuestos finaliza el tratamiento. Es en este momento cuando tiene lugar la última fase de la evaluación para realizar el informe final.

Tabla 4. Elementos de evaluación en Musicoterapia (Sabbatelle, 2002)

Áreas de evaluación		Procedimientos de evaluación
Musical	No musical	
Elementos musicales	Áreas conducta	Instrumentos
Cualidades del sonido Elementos constitutivos de la música Elementos expresivos Elementos formales	Sensorio-motriz Afectiva Cognitiva Comunicación-Social	Escalas Cuestionario Entrevista Test – Pruebas y/o actividades
Instrumentos involucrados		
Medios de expresión	Habilidades	Experiencias musicales
Voz Instrumentos Cuerpo	Motoras Perceptivas Cognitivas Comunicativas-Sociales	Audición Ejecución-Interpretación Improvisación-Composición Movimiento

5. Propuesta de Intervención en Educación Primaria

5.1. Contexto y destinatarios

La propuesta de intervención está orientada al alumnado con Parálisis Cerebral Infantil que presente movimientos bruscos, desplazamiento lento y escaso equilibrio.

El destinatario en concreto de esta intervención es Pablo, un alumno de ocho años con parálisis cerebral espástica que utiliza silla de ruedas. Este alumno está matriculado en el primer curso de Educación Primaria en el colegio público *Antonio García Quintana* de Valladolid, siendo éste un centro de integración de alumnos motóricos.

El colegio público *Antonio García Quintana* está situado en el centro de la ciudad de Valladolid, en un entorno cuya población es muy diferente: de clase media-alta, con incremento de inmigrantes. Es un colegio de línea dos, con 18 unidades (seis de Educación Infantil y doce de Educación Primaria). El total de alumnos asciende a 376 en el curso 2017-2018, siendo aproximadamente el 15% de ellos alumnos con discapacidad motora.

Entre las instalaciones del centro se encuentran amplias aulas, dos aulas de informática, dos aulas para idiomas, biblioteca, sala de fisioterapia y ascensores y servicios adaptados.

En el curso 2017-2018 la etapa de Educación Infantil y Primaria cuenta con 31 maestros (seis tutoras y un apoyo en Educación Infantil y 24 maestros de Educación Primaria y especialistas: doce tutores, dos especialistas de inglés, tres de francés y educación física, una de música, una de religión católica, tres especialistas de Pedagogía Terapéutica (siendo una de ellas para Educación Infantil) y dos especialistas de Audición y Lenguaje.

Las dos especialistas de Audición y Lenguaje atienden al alumnado de Educación Infantil y Educación Primaria atendiendo a las necesidades de cada alumno. El objetivo principal es lograr el mayor grado posible de normalización en la producción y funcionalidad del lenguaje oral y escrito, con actividades para desarrollar todas las dimensiones del lenguaje (en su forma, contenido y uso: dimensión fonética-fonológica, léxicosemántica, morfo-sintáctica y pragmática), las habilidades de lectura y escritura.

Este centro cuenta con Servicio de Fisioterapia en el que dos fisioterapeutas atienden a los alumnos con discapacidad motora y llevan a cabo programas beneficiosos para éstos como un programa de piscina específico dos tardes a la semana dos horas y media cada día. Los alumnos del centro con discapacidad motora que requieran de sesiones de Fisioterapia acudirán a la sala intentando coincidir estas sesiones con las de Educación Física de su grupo clase. También se cuenta con cuatro Ayudantes Técnicos Educativos (ATE) cuyas funciones son la atención a las necesidades educativas especiales para conseguir la autonomía personal y social de estos alumnos.

Este centro cuenta con un EOEP Específico de discapacidad motora, cuyas funciones principales son:

- realizar la evaluación psicopedagógica
- colaborar en la prevención y detección de problemas de aprendizaje
- elaborar, adaptar y difundir materiales de evaluación e intervención
- colaborar en los procesos de escolarización
- promover actividades de información a padres
- colaborar en las adaptaciones curriculares y en los seguimientos escolares.

En el Colegio Público *Antonio García Quintana* se cuenta con 54 alumnos con necesidad específica de apoyo educativo (ACNEAE):

- 27 ACNEE con discapacidad motora
- 5 ANCE (Alumnos con Necesidades de Compensación Educativa)
- 19 de otras tipologías (ACNEE no motóricos, trastornos de la comunicación y del lenguaje muy significativos)

Pablo, nuestro alumno, presenta dificultades para moverse siendo su coordinación y equilibrio un importante problema. Sus movimientos son bruscos y lentos y en ocasiones presenta movimientos involuntarios. No suele controlar el babeo y le caracteriza su inexpressión gestual. Necesita ayuda y supervisión de ya que su autonomía es limitada. Normalmente utiliza silla de ruedas para desplazarse. A nivel de comunicación su producción es escasa a pesar de que tiene una clara intención comunicativa.

Debido a estas necesidades, la maestra de Audición y Lenguaje trabajará de manera individual con Pablo tres horas a la semana, una hora diaria en días alternos. De forma paralela al colegio, Pablo asiste a la Asociación de Parálisis Cerebral (ASPACE) donde recibe tratamiento principalmente logopédico y fisioterapéutico.

5.2. Objetivos

El objetivo general es que el niño con Parálisis Cerebral consiga adquirir por medio de las diferentes actividades planteadas, determinados aprendizajes que son habituales en los niños de su edad.

Se trabajará principalmente la comunicación y la forma de relacionarse con los demás y que comprenda los mensajes y las instrucciones que se le dan para realizar las actividades. A nivel de lenguaje se pretende desarrollar su capacidad de comunicación y la pragmática, trabajando la expresión gestual para que adquiera una mayor autonomía. En cada una de las actividades se detallarán los diferentes objetivos propuestos.

Las principales competencias que se desarrollan en esta propuesta de intervención son: comunicación lingüística, aprender a aprender y autonomía e iniciativa personal. Se trabajará la lectura y comprensión, la asimilación de conceptos y la elaboración de frases. Esto permite ampliar el vocabulario del alumno mejorando su expresión oral. Además se

potenciará la comunicación y mejorará su expresión mediante dibujos. También se ayudará al alumno a desarrollar sus propias capacidades, motivándole a continuar. Poco a poco iremos otorgándole una mayor autonomía a la hora de realizar las tareas y actividades, por lo que el aprendizaje será cada vez más eficaz y autónomo.

5.3. Temporalización

Esta propuesta de intervención consta de 12 sesiones que se distribuyen a lo largo de la semana en días alternos (lunes, miércoles y viernes) por lo que para completarla serán necesarias cuatro semanas. Estas sesiones tendrán una duración aproximada de una hora.

Además, una vez al mes se llevará a cabo una sesión de Musicoterapia, que tendrá lugar en el gimnasio con más alumnos con dificultades motóricas. Participarán en esta sesión el Fisioterapeuta, la especialista de Audición y Lenguaje y un ATE. Se realizarán los viernes en la hora de Educación Física unida a la media hora posterior de música, por lo que los especialistas de Educación Física y de música también participarán en ellas. De esta forma, las sesiones de Musicoterapia tendrán una duración aproximada de 90 minutos. Serán diseñadas conjuntamente por el Fisioterapeuta, la especialista de Audición y Lenguaje y los especialistas de Educación Física y de música.

A continuación presento el horario del aula de 1º B donde está matriculado nuestro alumno con PC. Se ha decidido que el alumno salga en las horas de matemáticas o lengua a trabajar individualmente con él, respetando las áreas socializadoras como música o artística.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
09:00 10:00	Inglés	Matemáticas	Lengua	Matemáticas	Inglés
10:00 11:00	Lengua	Sociales	Naturales	Lengua	Lengua
11:00 12:00	Matemáticas	Lengua	Matemáticas	Artística	Matemáticas
12:00 12:30	RECREO				
12:30 13:30	Naturales Sociales	Educación Física	Música	Religión Católica	Educación Física
13:30 14:00	Religión Católica	Lengua	Matemáticas	Lengua	Música

Audición y Lenguaje	Pedagogía Terapéutica	Musicoterapia	Fisioterapia
---------------------	-----------------------	---------------	--------------

Las sesiones de Musicoterapia tienen como objetivo mejorar su autonomía personal, eliminando su rigidez corporal y fortaleciendo el nivel muscular para desarrollar la motricidad. También mejorará su nivel comunicativo al realizarse ejercicios rítmico-vocales o de interpretación. Todo esto hará que la autoestima del alumno mejore notablemente. Estas sesiones se programarán conjuntamente con el Fisioterapeuta y la especialista de música.

5.4 Metodología y organización

La intervención se desarrollará íntegramente en el aula de Audición y Lenguaje, ya que el alumno realizará actividades diferentes a las que realiza en el aula, por lo que será necesario tener un ambiente diferente para que asocie cada espacio a un contexto determinado. El aula de Audición y Lenguaje está adaptado a las necesidades del alumno de tal manera que éste sea el propio protagonista de su aprendizaje. La organización del aula es el reflejo de la metodología que sigue el profesor. Debe ser un espacio tranquilo donde el alumno se encuentre libre de cualquier presión que tenga fuera y donde pueda trabajar agusto. De esta forma el juego tendrá un papel significativo en la intervención por ser un importante instrumento de aprendizaje, muchas veces de forma inconsciente. El maestro debe aportar confianza al alumnado, creando un clima que motive a la espontaneidad y que se adapte a los diferentes ritmos de aprendizaje de los alumnos. Será importante también trabajar en función de los gustos personales de cada alumno y de sus centros de interés, con actividades dinámicas y motivadoras. Algo que es importante para el aprendizaje es trabajar el *feedback*. Por ello evitaremos estar constantemente corrigiendo al alumno cuando falla, y repasaremos el error las veces que sea necesario para que sea él quien lo corrija, fomentando así su capacidad de autocorrección, algo que también será positivo para reforzar su autoestima.

Las sesiones de Audición y Lenguaje tendrán una duración aproximada de una hora y su estructura será la misma en todos los casos. Es importante determinar que la duración de cada una de las secciones de las sesiones también es aproximada.

5 minutos	Traslado del alumno del aula al aula de Audición y Lenguaje
10 minutos	Praxias
25 minutos	Actividades propias de la sesión del día
10 minutos	Actividad de soplo
5 minutos	Autoevaluación por parte del alumno
5 minutos	Traslado del alumno del aula de Audición y Lenguaje al aula

Cabe destacar que la especialista de Audición y Lenguaje también llevará a cabo las diferentes actividades de tal forma que el alumno tenga un refuerzo de cómo se realizan y no se limite sólo a la explicación verbal de la actividad. Poco a poco estas ayudas irán desapareciendo según veamos oportuno para que así el alumno termine realizando él sólo las diferentes tareas.

En el aula de Audición y Lenguaje, el alumno dispondrá de un tablero con las diferentes sesiones a realizar. En él llevará a cabo una autoevaluación. De esta manera, al finalizar cada una de ellas el alumno pondrá una pegatina de una carita feliz o triste en función de cómo crea que lo ha hecho y cómo se ha visto. Además tendrá que decirnos por qué ha puesto la carita feliz o triste y hablaremos de ello para que le sirva de motivación a continuar. También es importante reforzar al alumno a lo largo de toda la intervención, por lo que en función del tiempo y de las necesidades que vayan surgiendo, se llevarán a cabo refuerzos positivos: desde palabras de ánimo y apoyo hasta elementos materiales como sellos, gomets,...

La especialista de Audición y Lenguaje evaluará las diferentes sesiones de una manera determinada según la actividad, de tal forma que nos permita observar en qué hay que seguir trabajando y así poder reforzar las sesiones sucesivas en función de las necesidades del alumno. Esto también sirve de autoevaluación para el maestro para cambiar o adecuar las sesiones siguientes.

5.5. Recursos

5.5.1. Recursos humanos

En esta propuesta de intervención será necesaria la coordinación entre diferentes profesionales y también los padres del alumno, para poder trabajar de forma conjunta en el proceso de enseñanza-aprendizaje del alumno.

Entre los profesores especialistas se encuentran el tutor del aula-clase, la Maestra especialista en Audición y Lenguaje, el Fisioterapeuta y el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP). El tutor deberá hacer la adaptación curricular del alumno dentro del aula para trabajar los contenidos oportunos de acuerdo a su nivel. También comunicará a los padres las diferentes decisiones tomadas sobre su hijo/a, sus avances y limitaciones o lo

que sea necesario trabajar para su progreso. La Maestra especialista en Audición y Lenguaje será quien lleve a cabo la intervención de manera específica. Tratará principalmente los problemas relacionados con el lenguaje y la comunicación. Será quien realice los informes del alumno después de la intervención con éste para detallar los avances o refuerzos oportunos. El Fisioterapeuta intervendrá en algunas sesiones de Audición y Lenguaje, cuando trabajemos con el alumno la técnica de Bobath principalmente. También ayudará al alumno a avanzar en su desarrollo motor con técnicas específicas en sesiones independientes de esta propuesta de intervención y mediante las sesiones de Musicoterapia. El Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) será el encargado de evaluar al alumno antes de derivarlo a la especialista de Audición y Lenguaje, por lo que también será importante en la intervención, ya que estará pendiente de la evolución del propio alumno. Es además el agente intermediario entre los especialistas del centro y los de la asociación ASPACE a la que acude el alumno por las tardes.

5.5.2. Recursos materiales

En esta propuesta de intervención utilizaremos diferentes recursos materiales en función de las actividades a realizar:

Trabajar la motricidad fina	Juegos	TICS	Materiales fungibles	Otros materiales
Pinzas	Panel de arena	Ordenador	Cartulina	Soplo
Pompones de colores	Tarjetas de medios de transporte	Vídeos	Folios	Praxias
Depresores de madera	Fichas de emociones		Lápices	Espejo
Plastilina de colores	Tarjetas de contar sílabas		Pinturas de cera	Colchoneta
Gomets	Story Cubes		Pinturas de palo	Cronómetro
Tapones de corcho de diferente tamaño	Tablero de las partes del cuerpo		Pinturas de dedo	
	Memory de tarjetas de la boca		Temperas de agua	
	Tablero de autoevaluación			

5.6. Sesiones y actividades

Como ya he dicho, esta propuesta de intervención consta de doce sesiones de una duración aproximada de una hora y con una estructura similar en todas ellas.

Se comenzarán las sesiones con el traslado del alumno del aula ordinaria al aula de Audición y Lenguaje. Al igual que se comienza con esto, se termina llevando al alumno a su aula ordinaria; es tiempo que aunque no es propio de la sesión, hay que contar con él a la hora de programar ya que es tiempo del que no se dispone posteriormente a la hora de realizar la sesión.

Una vez en el aula de Audición y Lenguaje se comienza con la sesión propiamente dicha. Para ello empezaremos realizando unas praxias en un tiempo aproximado de 10 minutos. Para este momento nos situaremos delante del espejo con unas láminas a las que está asociado un determinado gesto. Todos los días se realizarán las mismas praxias; así el alumno lo puede ver como un hábito diario a realizar. El maestro de Audición y Lenguaje lo realizará con él a la vez. En el **Anexo I** aparecen detalladas cada una de estas láminas con su respectivo gesto. Los objetivos de realizar las praxias son:

- Trabajar la articulación y la motricidad bucofacial.
- Reeducar patrones musculares inadecuados mejorando el control de la lengua para llevar a cabo movimientos más eficaces.
- Fomentar la movilidad de los labios.

Después de las praxias llevaremos a cabo las actividades propias de la sesión de ese día (explicadas más adelante), para posteriormente realizar una actividad de soplo y la autoevaluación por parte del alumno.

Para las actividades de soplo han sido realizados diferentes materiales que nos ayudarán a estimular al alumno al soplo. En el **Anexo II** se encuentran fotografías de estos materiales aplicados en un aula de Audición y Lenguaje por Bernal (2017). Para llevar a cabo las actividades de soplo el niño estará situado delante del espejo. Con el soplo se pretende conseguir una adecuada inspiración controlando la cantidad de aire que es expulsado al espirar. Estos ejercicios también sirven para aumentar la fuerza y el control del soplo para llevar a cabo una correcta emisión de los diferentes fonemas y para trabajar la succión de manera que sujeten bien la pajita, tubo de madera, globo o rotulador con el fin de efectuar el soplo correctamente.

A continuación se muestra una tabla con las diferentes sesiones y las técnicas logopédicas empleadas en cada una de ellas. Posteriormente y de forma detallada se describen cada una de las actividades de dichas sesiones.

	Técnicas de Tratamiento Global	Técnicas Terapéuticas Funcionales			Técnicas Analíticas			Arterterapia
	Bobath	Masticación	Succión	Deglución	Respiración	Fonación	Articulación	
Sesión 1	X		X		X	X	X	
Sesión 2			X	X	X	X	X	X
Sesión 3			X		X	X	X	
Sesión 4	X	X	X		X	X	X	
Sesión 5			X		X	X	X	X
Sesión 6			X		X	X	X	X
Sesión 7	X		X		X	X	X	
Sesión 8			X		X	X	X	X
Sesión 9			X		X	X	X	
Sesión 10	X	X	X		X	X	X	
Sesión 11			X		X	X	X	X
Sesión 12			X		X	X	X	

SESIÓN 1

Actividad 1

Objetivos:



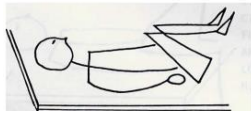

- Normalizar el tono.
- Inhibir los movimientos primarios que están mal realizados.
- Contribuir al desarrollo motor normal del niño.
- Trabajar la posición decúbito supino.

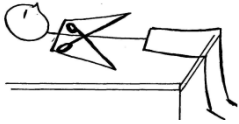
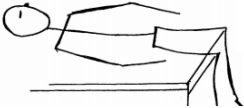

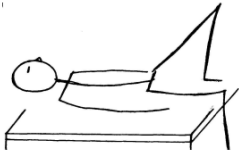
Temporalización: 20 minutos.

Materiales: colchoneta.

Descripción:

Comenzaremos relajando los músculos respiratorios golpeando suavemente los hombros del niño y girando lentamente la cabeza de un lado al otro para relajar el cuello y la frente. Con el niño en la posición decúbito supino sobre una colchoneta en la mesa, las extremidades inferiores deben estar en posición extensora. Empezaremos realizando los movimientos al niño de tal forma que poco a poco él termine cooperando en el movimiento. Esta secuencia será repetida tres veces seguidas.

-  Flexionamos la cabeza, el tronco y las extremidades del niño; los brazos deben estar cruzados sobre el pecho con los codos en flexión.
-  Con la cabeza apoyada sobre la mesa, flexionamos las extremidades del niño de tal forma que los brazos estén cruzados sobre el pecho con los codos en flexión.
-  El niño continúa con la cabeza apoyada sobre la mesa y con las piernas flexionadas. En este caso los brazos debe situarlos en ambos lados del cuerpo (para trabajar la espasticidad flexora)
-  El niño continúa con la cabeza apoyada sobre la mesa y con las piernas flexionadas. En este caso los brazos debe situarlos estirados por encima de la cabeza y con las palmas sobre la mesa.

5.  Los brazos volverán a la posición de cruzados sobre el pecho (para anular la espasticidad en extensión) y las piernas tendrán que estar estiradas fuera de la mesa y con las rodillas en flexión (para trabajar la espasticidad extensora de las piernas)
6.  El niño continuará con las piernas estiradas como en la posición anterior y los brazos los situará en ambos lados del cuerpo.
7.  En esta posición, los brazos siguen en el mismo lugar y las caderas y rodillas vuelven a flexionarse moviéndolas de manera relajada a la derecha y a la izquierda.
8.  Los brazos siguen en la misma posición. Las piernas pasan a estar una de ellas en flexión completa y la otra extendida. Si el niño es capaz de mantener esta posición, la pierna extendida vuelve a apoyarse con el pie sobre la mesa y termina con las dos piernas en flexión completa.

Evaluación: iremos anotando los cambios y mejoras que el alumno va consiguiendo, sobre todo si se adelanta en los movimientos y si evoluciona su desarrollo motor.

Actividad 2

Objetivos:

- Trabajar la memoria y la atención.
- Trabajar los medios de transporte.

Temporalización: 5 minutos.

Materiales: tarjetas de medios de transporte.

Descripción:

Vamos enseñando al niño cada una de las siguientes tarjetas preguntando cómo se llama a cada una de ellas. Si no sabe el nombre se lo decimos. Después cogemos tres cualquiera (por ejemplo: barco, bicicleta y moto) y le decimos el nombre de cada una, colocándolas boca

abajo en la mesa. Una vez colocadas le preguntamos dónde está una de ellas (por ejemplo, la moto), teniendo que decirnos cuál era el lugar que ocupaba.



'Medios de transporte' - Google imágenes

Evaluación:

	Sí	A veces	No
Reconoce los medios de transporte			
Sabe nombrar los diferentes medios de transporte			
Participa en la actividad			
Reconoce el sonido de algunos medios de transporte			
Encuentra el medio de transporte correcto al situarlos bocabajo			

Además anotaremos aquellos medios de transporte en los que ha fallado para poderlo trabajar en sesiones sucesivas.

SESIÓN 2

Actividad 1

Objetivos:

- Expresar ideas, emociones y sentimientos a través del dibujo.
- Facilitar la expresión mediante medios no verbales.
- Trabajar la articulación.

Temporalización: 10 minutos.

Materiales: folios, pinturas de cera, pinturas de palo, y pinturas de dedo.

Descripción:

Le proporcionaremos al alumno un folio y le diremos que tiene que pintar su propia casa. Podrá escoger el material que desee: pinturas de cera, pinturas de palo o pinturas de dedo. Después tendrá que explicar lo que ha pintado.

Evaluación: a través de observación directa para saber cómo coge las pinturas, cómo dibuja y lo que es capaz de explicarnos de su propio dibujo.

Actividad 2

Objetivos:

- Mejorar el tono muscular de los labios: conseguir una mayor flexibilidad de éstos.
- Disminuir el babeo.

Temporalización: 15 minutos.

Materiales: tapones de corcho de diferentes tamaños, lápiz y juego de *memory*.

Descripción:

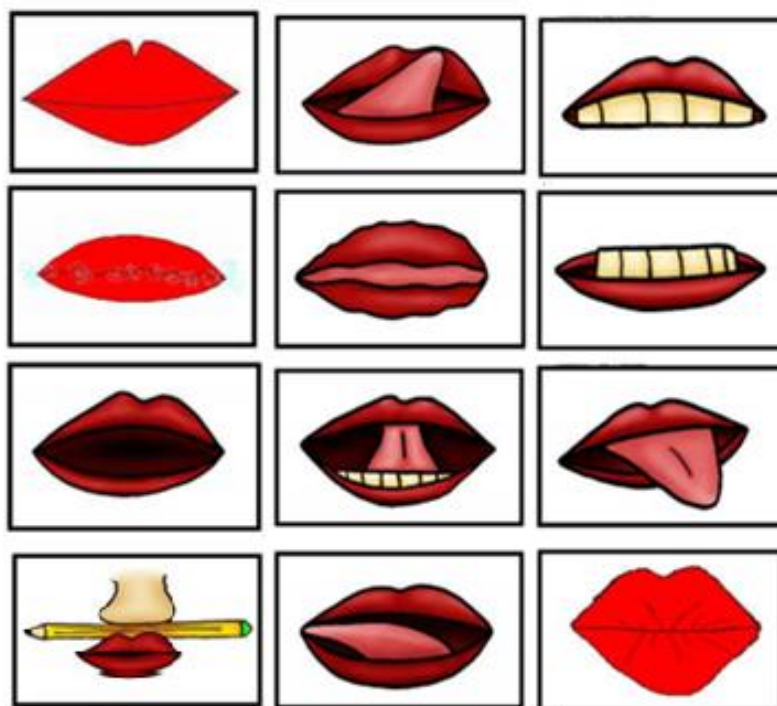
Pondremos un tapón de corcho en los labios del niño para que éste lo expulse. Esto lo repetiremos con tapones de diferentes tamaños. Posteriormente enseñaremos al niño a apretar las mandíbulas para controlar el babeo y le pondremos las manos en ambos maxilares pidiendo al niño que coloque la lengua en el paladar externo.

Le daremos un botón para que lo sujete con los labios mientras nosotros tiramos de él con un hilo (para mejorar la hipotonía de los labios).

Para conseguir que los labios poco a poco sean más flexibles realizaremos también las siguientes actividades:

- Pasaremos de un sonido vocálico a otra, de forma que se pronuncie “a, o, u, e, i” de forma muy marcada y continuada.
- Articularemos “a, o, u” y “a, e, i” exagerando el movimiento de los labios.
- Produciremos sonidos bilabiales: /b/, /m/ y /p/ presionando un labio contra el otro. Igualmente pronunciaremos “babababa”, “mamamama” y “papapapa” para trabajar también la unión y la separación de los labios.

Continuaremos la sesión realizando un *memory*: para ello le daremos diferentes tarjetas y según vaya sacando las parejas, tendrá que realizar lo que aparece en esas tarjetas. Así reforzaremos lo trabajado pero a través de un juego.



'Memory boca' - Google imágenes

Evaluación: a través de observación directa veremos cómo realiza las actividades para saber qué es necesario reforzar. Anotaremos en aquello que ha fallado para trabajarlo más adelante.

SESIÓN 3

Actividad 1

Objetivos:

- Aumentar la capacidad pulmonar.
- Trabajar la respiración y la fonación.

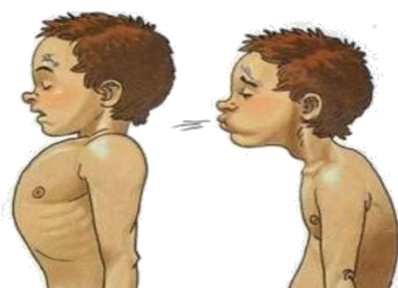
Temporalización: 10 minutos.

Materiales: cronómetro, papel y lápiz.

Descripción:

Realizaremos con el alumno una serie de respiraciones de tal forma que él lo repita con nosotros. Comenzaremos explicando la diferencia que existe entre inspirar y espirar. Una vez que nos hemos asegurado que lo ha comprendido, realizaremos las distintas respiraciones: inspiración lenta y profunda durante 3 segundos, mantenimiento del aire en los pulmones durante 2 segundos y espiración lenta soltando todo el aire durante 3 segundos. Este ciclo se repetirá 5 veces seguidas. Posteriormente llevaremos a cabo el mismo ciclo pero variando el tiempo: inspiración durante 4 segundos, mantenimiento durante 2 segundos y espiración durante 4 segundos. Este segundo ciclo lo repetiremos 4 veces.

Después de esto realizaremos la misma actividad con los mismos tiempos pero en este caso, el niño tendrá que emitir el sonido de diferentes vocales o consonantes en el tiempo de la espiración. Para motivar al niño realizaremos un dibujo y seguiremos un camino trazando una raya a la vez que el niño emite el sonido, parando cuando el pare.



'Inspiración-espiración' - Google imágenes

Evaluación: a través de observación directa veremos cómo realiza las diferentes actividades para saber qué es necesario reforzar en sesiones sucesivas.

Actividad 2

Objetivos: trabajar la articulación.

Temporalización: 10 minutos.

Materiales: ninguno

Descripción:

Comenzamos la sesión llevando a cabo las posturas inhibidoras de reflejos para el dominio de la articulación (Enireb-García y Patiño-Zambrano, 2017)



1. El niño está en decúbito lateral, con los miembros inferiores flexionados. El logopeda hace rodar con su mano derecha el hombro del niño; y con su mano izquierda, la cabeza. Primeramente se busca obtener una relajación y después una mejor estabilización postural. Cuando esto se logra, se hace pronunciar el sonido cada vez más fuerte y prolongado, y así una mejor articulación.

2. El logopeda se halla sentado en el borde de una mesa, apoyando su lado derecho en la pared. A su vez, el niño está sentado transversalmente sobre las rodillas del logopeda y descansa los pies sobre la mesa. En esa postura, el logopeda sujeta la parte posterior de la cabeza del niño con la mano derecha; y con la mano izquierda, el hombro, e intenta desolidarizar la cabeza de la cintura escapular, controlando así la articulación. En la misma posición anterior, la mano izquierda del logopeda ha dejado el hombro para sujetar las mejillas del niño. De este modo se obtiene una relajación de la boca y unas contracciones fonéticas correctas.



3. El niño está sentado sobre la mesa, con las rodillas dobladas y rodeadas por sus manos y la cabeza ligeramente flexionada. El logopeda se coloca detrás de él para ayudarle a mantener esta posición y hacerle mover suavemente la boca, a fin de inhibir la tensión de los músculos del cuello.



Evaluación: a través de observación directa veremos cómo realiza las diferentes actividades para saber qué es necesario reforzar en sesiones sucesivas.

Actividad 3

Objetivos:

- Ejercitar el aparato bucofonatorio.
- Mejorar la articulación.
- Estimular la audición y la discriminación auditiva.

Temporalización: 5 minutos.

Materiales: ordenador.

Descripción:

Con esta actividad vamos a trabajar los sonidos producidos por el cuerpo humano. Para ello utilizaremos un vídeo YouTube en el que el niño irá repitiendo los sonidos que en él aparecen.



Vídeo: "Jugamos a imitar onomatopeyas producidas por el cuerpo humano."

Eugenia Romero

https://www.youtube.com/watch?v=I6Wx_qcjhI

Evaluación: a través de observación directa veremos cómo realiza las diferentes actividades y anotaremos en lo que falla para saber qué es necesario reforzar en sesiones sucesivas.

SESIÓN 4

Actividad 1

Objetivos:

- Normalizar el tono.
- Inhibir los movimientos primarios que están mal realizados.
- Contribuir al desarrollo motor normal del niño.
- Trabajar la posición decúbito prono.

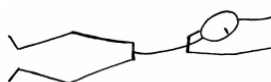
Temporalización: 20 minutos.

Materiales: colchoneta.

Descripción:

El niño deberá situarse en la posición decúbito prono (boca abajo). Comenzaremos realizando los movimientos al niño de tal forma que poco a poco el niño termine cooperando en el movimiento. Esta secuencia será repetida tres veces seguidas.

1.



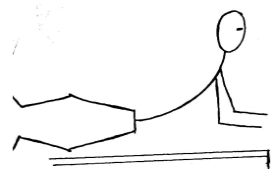
El niño deberá tener las piernas extendidas completamente y los brazos estirados a ambos lados de la cabeza. No se flexionarán las manos ni los dedos y la cabeza deberá estar un poco elevada.

2.



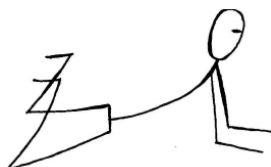
Los brazos y la cabeza continuarán en la misma posición, con los dedos sin flexionarse. Las piernas se flexionarán por las rodillas.

3.



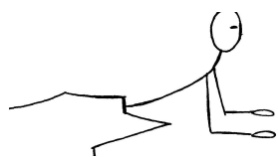
Las piernas vuelven a la posición anterior de estar extendidas completamente y el cuerpo cambia de posición. Los antebrazos estarán apoyados sobre el suelo, flexionando los brazos.

4.



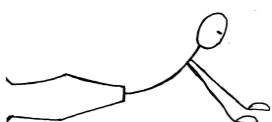
El cuerpo continúa con la misma posición y las piernas se flexionan por las rodillas con los talones hacia dentro.

5.



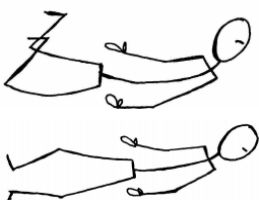
El cuerpo continúa con la misma posición y las piernas una se encuentra estirada completamente y la otra se flexiona hacia un lado trabajando así la cadera. La cabeza también se ladea un poco hacia esa misma cadera. Después se hace lo mismo pero con la otra pierna y cadera.

6.



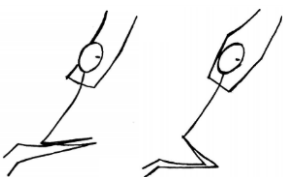
El tronco se encuentra elevado con una extensión de brazos, los antebrazos ya no están apoyados en el suelo. Las piernas están extendidas con las rodillas ligeramente flexionadas hacia fuera.

7.



Los brazos se encuentran extendidos a los lados del cuerpo y con las palmas hacia abajo. La zona del cuello y los hombros está un poco elevada (para inhibir el espasmo del pectoral) y la columna dorsal está extendida. Las piernas están extendidas con las rodillas ligeramente flexionadas hacia fuera. Posteriormente, se estiran las rodillas.

8.



El niño se encuentra sentado sobre sus talones, que están rotados hacia dentro. La espalda y los brazos se encuentran en extensión. Después debe levantarse de los talones.

9.



Partiendo de la última posición, flexiona las caderas y el tronco apoyando los brazos y el mentón en el suelo.

10.



El niño se encuentra sentado sobre sus talones, con el tronco erguido (si presenta espasticidad flexora en piernas, se flexiona la columna lumbar). Los brazos se encuentran extendidos a ambos lados del cuerpo.

11.



Con el niño sentado sobre sus talones, tiene que estirar una pierna hacia atrás y el tronco permanecer de forma erguida. Deberá sentarse sobre el talón opuesto a la cadera flexionada, con los brazos extendidos hacia delante y con las manos apoyadas en el suelo.

Evaluación: iremos anotando los cambios y mejoras que el alumno va consiguiendo, sobre todo si se adelanta en los movimientos y si evoluciona su desarrollo motor.

Actividad 2

Objetivos:

- Masticar con la boca cerrada y a un ritmo normalizado.
- Conseguir una masticación coordinada.

Temporalización: 5 minutos.

Materiales: espejo y depresor.

Descripción:

Nos pondremos con el niño delante del espejo para que imite nuestros movimientos fingidos. Primero masticaremos con la boca abierta, haciendo ruidos, explicando que ésta es la forma incorrecta de masticar. Después lo haremos con la boca cerrada moviendo todos los músculos de la masticación sin separar los labios. Para que el niño lo haga de forma correcta le diremos que se imagine que está comiendo un chicle enorme, para que así exagere los músculos de la masticación. Es importante que se mire en el espejo según lo hace para controlar estos movimientos o para hacerlo con la boca cerrada, ya que el niño que mastica con la boca abierta no es consciente de ello.

Colocaremos un depresor entre los labios de tal forma que lo sostenga sin caerse. Para ello tendrá que hacer presión con los labios. Igualmente le pediremos que mastique como si se estuviera comiendo un chicle gigante. El depresor en este caso nos sirve de ayuda para que sea consciente que tiene que masticar con la boca cerrada.



Imagen 'zona de espejo en un aula de Audición y Lenguaje' - Google imágenes

Evaluación: a través de observación directa veremos cómo realiza las diferentes actividades y anotaremos en lo que falla para saber qué es necesario reforzar en sesiones sucesivas.

SESIÓN 5

Actividad 1

Objetivos:

- Expresar ideas, emociones y sentimientos a través del dibujo.
- Facilitar la expresión mediante medios no verbales.
- Trabajar la articulación.

Temporalización: 10 minutos.

Materiales: cartulina y témperas de agua.

Descripción:

Le preguntaremos al alumno qué es lo que quiere dibujar. Para ello le proporcionamos una cartulina y témperas de agua. Con las témperas pintará directamente con los dedos debido a su dificultad para sostener pinceles. Después de pintar lo que él quiera (animales, flores...) tendrá que verbalizar y justificarnos el porqué de ese dibujo.

Evaluación: a través de observación directa para saber cómo coge utiliza las témperas, cómo dibuja lo que quiere y lo que es capaz de explicarnos de su propio dibujo.

Actividad 2

Objetivos:

- Desarrollar la expresión oral.
- Incitar al alumno a la comunicación.
- Resolver conflictos y fomentar la empatía.

Temporalización: 10 minutos.

Materiales: ninguno.

Descripción:

Se propondrán situaciones que el niño deberá resolver de la mejor manera posible. Así contribuiremos a que el alumno poco a poco hable y en estas situaciones sepa cómo actuar.

Le realizaremos las siguientes preguntas:

- ¿Qué harías si un niño no quiere compartir contigo sus juguetes?
- ¿Qué harías si ves en el patio que un niño no deja jugar a otro con él?
- ¿Qué harías si mamá te castiga porque no has querido comer?
- ¿Qué le dirías a un niño que está llorando?

En todo momento tenemos que apoyar las respuestas que hace el alumno, preguntando por qué lo dice o intentando alargar sus respuestas preguntándole más ideas. También le daremos otras opciones en las respuestas y trataremos los diferentes temas en función de lo que haya respondido en cada una de ellas.

Evaluación:

	Sí	A veces	No
Responde a lo que se le pregunta			
Utiliza un lenguaje comprensible			
Tiene actitud participativa			
Propone soluciones adecuadas a los problemas planeados			
Se muestra con empatía ante problemas de los demás			

Actividad 3

Objetivos:

- Trabajar la coordinación y el equilibrio.

Temporalización: 5 minutos.

Materiales: ordenador.

Descripción:

Con el alumno de pie y través de una melodía (<https://www.youtube.com/watch?v=RantFx-QaDs>) se busca que el alumno se mueva en función del ritmo de la melodía y según lo que le exprese. Le ayudaremos en los movimientos cuando sea necesario; se busca principalmente que los movimientos que realice no sean bruscos.

Evaluación: a través de observación directa veremos cómo realiza las movimientos, para saber qué es necesario reforzar y si evoluciona su desarrollo motor.

SESIÓN 6

Actividad 1

Objetivos:

- Aumentar la capacidad pulmonar.
- Trabajar la respiración y la fonación.

Temporalización: 15 minutos.

Materiales: cronómetro, papel y lápiz.

Descripción:

Realizaremos con el alumno una serie de respiraciones de tal forma que él lo repita con nosotros. Comenzaremos explicando la diferencia que existe entre inspirar y espirar. Una vez que nos hemos asegurado que lo ha comprendido, realizaremos las distintas respiraciones: inspiración lenta y profunda durante 4 segundos, mantenimiento del aire en los pulmones durante 2 segundos y espiración lenta soltando todo el aire durante 4 segundos. Este ciclo se repetirá 5 veces seguidas. Posteriormente llevaremos a cabo el mismo ciclo pero variando el tiempo: inspiración durante 5 segundos, mantenimiento durante 3 segundos y espiración durante 5 segundos. Este segundo ciclo lo repetiremos 4 veces.

Después de esto realizaremos la misma actividad con los mismos tiempos pero en este caso, el niño tendrá que emitir el sonido de diferentes vocales o consonantes en el tiempo de la espiración. Para motivar al niño realizaremos un dibujo y seguiremos un camino trazando una raya a la vez que el niño emite el sonido, parando cuando el pare.

Evaluación: a través de observación directa y con un cuaderno iremos anotando los tiempos y las ideas de cada una de los ciclos.

Actividad 2

Objetivos:

- Expresar emociones y sentimientos.

Temporalización: 10 minutos.

Materiales: fichas emociones.

Descripción:



Comenzaremos colocándonos una cinta en la cabeza en la que hay un velcro. Tendremos una bolsa con tarjetas en las que hay caras dibujadas. El niño tendrá que coger una de estas tarjetas sin mirar y se la colocaremos en el velcro de la cinta de su cabeza. El maestro hará lo mismo. Después cada uno tiene que imitar la cara del otro para que éste adivine el sentimiento o la emoción que tiene.



'Imagen de las emociones' - Google imágenes

Evaluación:

	Sí	A veces	No
Participa activamente			
Utiliza un lenguaje comprensible			
Reconoce las diferentes emociones en función de sus caras			
Es capaz de imitar correctamente las distintas emociones			

Anotaremos en aquello que ha fallado para trabajarlo más adelante.

SESIÓN 7

Actividad 1

Objetivos:

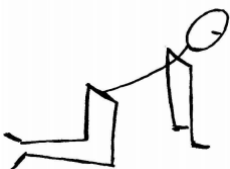
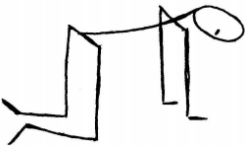


- Normalizar el tono.
- Inhibir los movimientos primarios que están mal realizados.
- Contribuir al desarrollo motor normal del niño.

Temporalización: 20 minutos.

Materiales: colchoneta.

Descripción:

El niño deberá situarse en posición de gateo en el suelo. Comenzaremos realizando los movimientos al niño de tal forma que poco a poco el niño termine cooperando en el movimiento. Esta secuencia será repetida tres veces seguidas.

-  El niño se encuentra con la cabeza levantada, los brazos y piernas flexionadas, con los talones hacia dentro. El peso del cuerpo debe ser repartido entre las manos y las rodillas
-  Se continúa con la misma posición anterior, pero con la cabeza ligeramente inclinada hacia abajo, desplazando al niño hacia delante y hacia atrás según queramos que el peso vaya más a manos o rodillas.
-  Volviendo a la primera posición, el niño estira una pierna hacia atrás. El peso debe estar bien soportado sobre la pierna que se encuentra flexionada de tal forma que se evita su extensión o aducción.
-  Estando en posición de rodillas, con las manos del niño sobre los hombros del profesor, éste hace desplazar el peso del niño de delante hacia atrás moviéndole.

5.



Partiendo de la posición número 1, el niño se pone de rodillas extendiendo los brazos al frente y flexiona una pierna hacia delante. Al realizar este movimiento, no se debe flexionar la cadera de la pierna de apoyo.

6.



A partir de la posición anterior, se estira la pierna hacia delante, con el pie también estirado completamente.

7.



A partir de esta posición, el niño se sienta sobre un talón. Después se repiten las posiciones 5 y 6 con la otra pierna.

Evaluación: iremos anotando los cambios y mejoras que el alumno va consiguiendo, sobre todo si se adelanta en los movimientos y si evoluciona su desarrollo motor.

Actividad 2

Objetivos:

- Trabajar la secuencia temporal
- Trabajar la articulación

Temporalización: 5 minutos

Materiales: ordenador

Descripción:

La actividad 'Los vagones del Tren' consiste en ordenar secuencias temporales de 2 hasta 8 viñetas, de tal forma que el alumno las ordene y nos cuente lo que sucede en la historia. (<https://conteni2.educarex.es/mats/11343/contenido/index2.html>)

Evaluación: comprobar que ordena correctamente las secuencias espacio-temporales. Anotaremos en aquello que ha fallado para trabajarlo más adelante.



SESIÓN 8

Actividad 1

Objetivos:

- Expresar ideas, emociones y sentimientos.
- Trabajar la motricidad fina y la pinza.
- Facilitar la articulación y la expresión mediante medios no verbales.

Temporalización: 15 minutos.

Materiales: cartulina y plastilina de colores.

Descripción:

Le daremos al alumno el material y le explicaremos que en esta sesión tiene que dibujar lo que quiera con la plastilina. Tiene que realizar las formas oportunas y después explicarnos qué es lo que ha dibujado.

Evaluación: observar cómo manipula la plastilina y si la manera de explicar su obra va evolucionando respecto a las sesiones anteriores

Actividad 2

Objetivos:

- Trabajar la articulación.
- Trabajar la comprensión y la memorización.

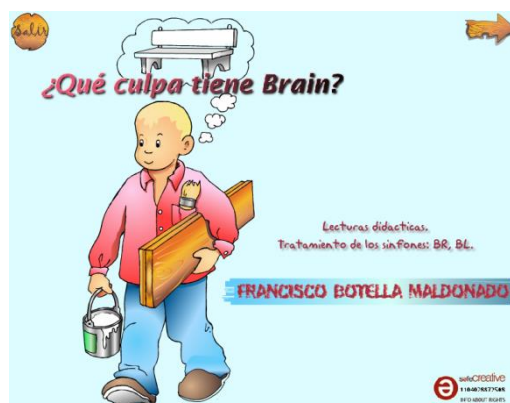
Temporalización: 10 minutos.

Materiales: ordenador.

Descripción:

Iremos leyendo con el niño el cuento, que termina con una serie de preguntas que el niño tiene que responder.

Evaluación: evaluaremos si el niño tiene una actitud participativa en la actividad, si lee el cuento y si lo ha comprendido respondiendo correctamente a las preguntas.



SESIÓN 9

Actividad 1

Objetivos:

- Aumentar la capacidad pulmonar.
- Trabajar la respiración y la fonación.

Temporalización: 15 minutos.

Materiales: cronómetro, papel y lápiz.

Descripción:

Realizaremos con el alumno una serie de respiraciones de tal forma que él lo repita con nosotros. Comenzaremos explicando la diferencia que existe entre inspirar y espirar. Una vez que nos hemos asegurado que lo ha comprendido, realizaremos las distintas respiraciones: inspiración lenta y profunda durante 5 segundos, mantenimiento del aire en los pulmones durante 3 segundos y espiración lenta soltando todo el aire durante 5 segundos. Este ciclo se repetirá 5 veces seguidas. Posteriormente llevaremos a cabo el mismo ciclo pero variando el tiempo: inspiración durante 6 segundos, mantenimiento durante 3 segundos y espiración durante 6 segundos. Este segundo ciclo lo repetiremos 4 veces.

Después de esto realizaremos la misma actividad con los mismos tiempos pero en este caso, el niño tendrá que emitir el sonido de diferentes vocales o consonantes en el tiempo de la espiración. Para motivar al niño realizaremos un dibujo y seguiremos un camino trazando una raya a la vez que el niño emite el sonido, parando cuando el pare.

Evaluación: a través de observación directa para saber cómo coge las pinturas, cómo dibuja y lo que es capaz de explicarnos de su propio dibujo.

Actividad 2

Objetivos:

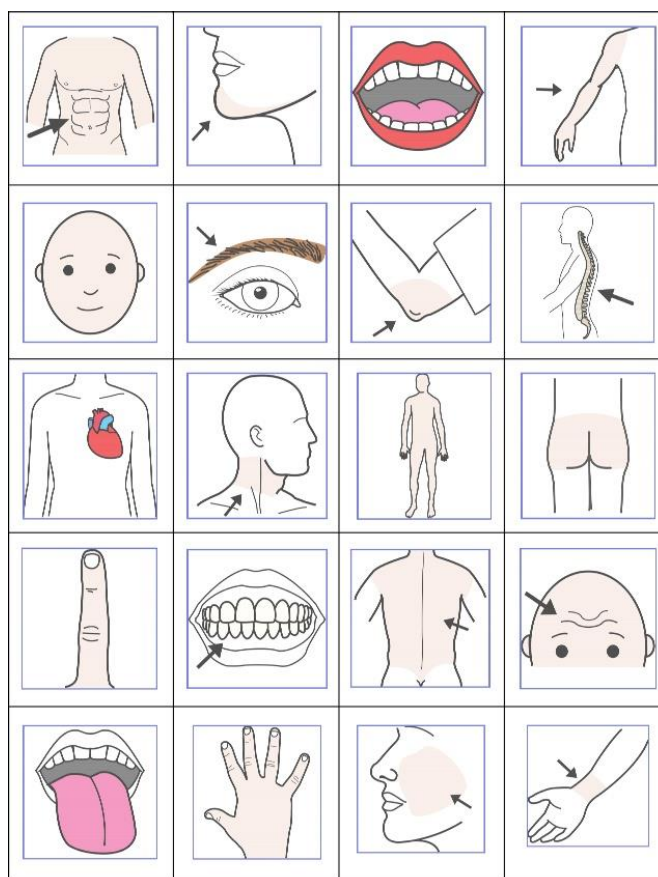
- Trabajar el vocabulario de las partes del cuerpo.
- Trabajar la pinza y la motricidad fina.

Temporalización: 10 minutos.

Materiales: tablero de las partes del cuerpo y pompones.

Descripción:

El alumno tendrá un tablero como el que adjunto y el maestro dispondrá de cada dibujo por separado. Se le irá mostrando al alumno para que éste lo busque en su tablero. Una vez que lo ha encontrado tendrá que poner un pompón sobre la casilla correspondiente y decir el nombre correspondiente situándolo en su propio cuerpo.



Pictogramas ARASAAC

Evaluación:

	Sí	A veces	No
Participa activamente			
Reconoce los nombres de las partes del cuerpo			
Es capaz de situar cada parte del cuerpo en su propio cuerpo			
Coloca los pompones sobre los dibujos según corresponden			

SESIÓN 10

Actividad 1

Objetivos:

- Normalizar el tono.
- Inhibir los movimientos primarios que están mal realizados.
- Contribuir al desarrollo motor normal del niño.

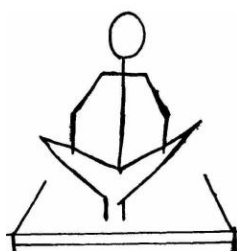
Temporalización: 20 minutos.

Materiales: colchoneta.

Descripción:

Con el niño sentado sobre la mesa comenzaremos realizándole los movimientos de tal forma que poco a poco el niño termine cooperando en el movimiento. Esta secuencia será repetida tres veces seguidas.

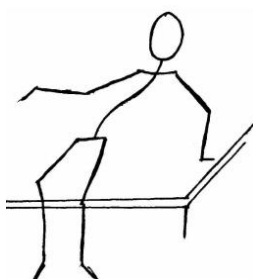
1.



El niño se encuentra sentado en la mesa con las piernas dobladas, las caderas totalmente flexionadas con el tronco ligeramente inclinado hacia atrás y los pies juntos.

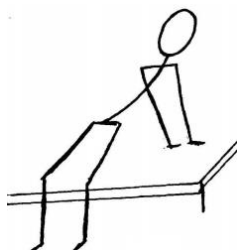
Los brazos están hacia adelante o a los lados del cuerpo con los codos extendidos.

2.



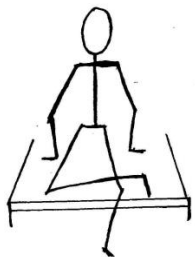
En esta posición, el niño está tumbado en la mesa con las piernas dobladas colgando sobre ésta. A partir de esta posición se mueven los brazos alternándolos a la vez que el otro brazo se apoya sobre la mano extendida sobre la mesa. A la vez que se alternan en posición los brazos, se alterna el peso del cuerpo de un brazo al otro.

3.



El niño, partiendo de la postura anterior, tiene que girar el tronco con los brazos apoyados hacia el mismo lado. Posteriormente realizará esta misma postura pero con los brazos apoyados hacia el otro lado.

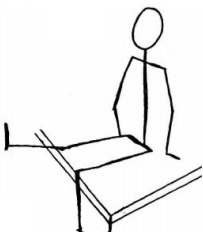
4.



Con esta posición el niño se encuentra con las piernas colgando en la mesa. Posteriormente se levanta una de las piernas hasta flexionarla sobre la rodilla de la pierna contraria.

Después realiza esta misma posición con la otra pierna.

5.



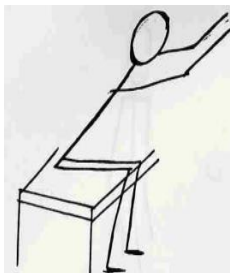
Con la misma postura que en el paso anterior, las piernas colgando, una de las rodillas se coloca en extensión.

6.



Con las piernas y brazos completamente extendidos hay que mantener el tronco ligeramente inclinado hacia delante sin desviarlo hacia atrás.

7.



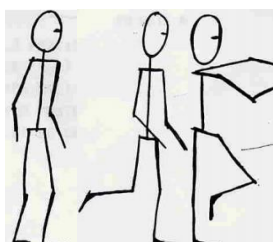
Esta posición será como si el niño se levantase del asiento. Con los brazos extendidos, las manos las tiene apoyadas sobre los hombros del profesor. El peso se desplaza a los pies, girados un poco hacia afuera. Las caderas y las rodillas se encuentran flexionadas en ángulo recto.

8.



El profesor está situado por detrás del niño (en cuclillas), sujetándolo. Las manos están apoyados hacia delante.

9.



Para trabajar la posición de pie, estarán ambas caderas extendidas, con los talones sobre el suelo y una pierna adelantada respecto a la otra, con el peso del cuerpo descansando sobre la pierna adelantada.

Después se eleva la pierna posterior flexionada en la rodilla. El pie de la pierna libre descansa sobre la rodilla de la pierna de apoyo. El peso del cuerpo se desplazará hacia delante.

Evaluación: iremos anotando los cambios y mejoras que el alumno va consiguiendo, sobre todo si se adelanta en los movimientos y si evoluciona su desarrollo motor.

Actividad 2

Objetivos:

- Masticar con la boca cerrada y a un ritmo normalizado.
- Conseguir una masticación coordinada.

Temporalización: 5 minutos.

Materiales: espejo y depresor.

Descripción:

Nos pondremos con el niño delante del espejo para que imite nuestros movimientos fingidos. Primero masticaremos con la boca abierta, haciendo ruidos, explicando que ésta es la forma incorrecta de masticar.

Después lo haremos con la boca cerrada moviendo todos los músculos de la masticación sin separar los labios. Para que el niño lo haga de forma correcta le diremos que se imagine que está comiendo un chicle enorme, para que así exagere los músculos de la masticación. Es importante que se mire en el espejo según lo hace para controlar estos movimientos o para hacerlo con la boca cerrada, ya que el niño que mastica con la boca abierta no es consciente de ello.

Colocaremos un depresor entre los labios de tal forma que lo sostenga sin caerse. Para ello tendrá que hacer presión con los labios. Igualmente le pediremos que mastique como si se estuviera comiendo un chicle gigante. El depresor en este caso nos sirve de ayuda para que sea consciente que tiene que masticar con la boca cerrada.

Evaluación: a través de observación directa veremos cómo realiza las diferentes actividades para saber qué es necesario reforzar en sesiones sucesivas. Anotaremos en aquello que ha fallado para trabajarlo más adelante.

SESIÓN 11

Actividad 1

Objetivos:

- Expresar ideas, emociones y sentimientos.
- Trabajar la motricidad fina.
- Facilitar la articulación y la expresión mediante medios no verbales.

Temporalización: 15 minutos.

Materiales: panel de arena.

Descripción:

Explicaremos al alumno que tendrá que dibujar lo que desee con un material especial: un panel de arena. Así, con el dedo dibujará y nos explicará qué es lo que está haciendo.



'Panel de arena' - Google imágenes

Evaluación: a través de observación directa para saber cómo dibuja y lo que es capaz de explicarnos de su propio dibujo. Anotaremos si el alumno es capaz de explicarnos verbalmente lo que dibuja o si solo se limita a la expresión gestual o de onomatopeyas.

Actividad 2

Objetivos:

- Trabajar la conciencia fonológica
- Trabajar la motricidad fina y la pinza.

Temporalización: 10 minutos.

Materiales: tarjetas dibujos y sílabas, pinzas.

Descripción:

Comenzaremos la actividad recordando el concepto de *sílaba*. Una vez que nos hemos asegurado que lo sabe, le explicaremos la actividad. En cada tarjeta aparece una imagen con una serie de números. Tienen que decir qué es lo que aparece en la imagen y contar el número de sílabas. Para ello según lo pronuncia, iremos sacando dedos en función de cada sílaba. Una vez que sabe el número de sílabas, colocará una pinza en el número que corresponda.



“Contamos el número de sílabas” - Eugenia Romero

www.maestrosdeaudicionylenguaje.com

Evaluación:

	Sí	A veces	No
Participa activamente			
Reconoce los nombres de los distintos objetos			
Es capaz de contar las sílabas correctamente			
Logra colocar la pinza en el número adecuado			

Además, anotaremos aquellas palabras que desconoce o con las que tiene alguna dificultad.

SESIÓN 12

Actividad 1

Objetivos:

- Aumentar la capacidad pulmonar.
- Trabajar la respiración y la fonación.

Temporalización: 15 minutos.

Materiales: cronómetro, papel y lápiz.

Descripción:

Realizaremos con el alumno una serie de respiraciones de tal forma que él lo repita con nosotros. Comenzaremos explicando la diferencia que existe entre inspirar y espirar. Una vez que nos hemos asegurado que lo ha comprendido, realizaremos las distintas respiraciones: inspiración lenta y profunda durante 6 segundos, mantenimiento del aire en los pulmones durante 3 segundos y espiración lenta soltando todo el aire durante 6 segundos. Este ciclo se repetirá 5 veces seguidas. Posteriormente llevaremos a cabo el mismo ciclo pero variando el tiempo: inspiración durante 6 segundos, mantenimiento durante 4 segundos y espiración durante 6 segundos. Este segundo ciclo lo repetiremos 4 veces.

Después de esto realizaremos la misma actividad con los mismos tiempos pero en este caso, el niño tendrá que emitir el sonido de diferentes vocales o consonantes en el tiempo de la espiración. Para motivar al niño realizaremos un dibujo y seguiremos un camino trazando una raya a la vez que el niño emite el sonido, parando cuando el pare.



'Inspiración y espiración' - Google imágenes

Evaluación: a través de observación directa y con un cuaderno iremos anotando los tiempos y las ideas de cada una de los ciclos.

5.7. Evaluación

La evaluación de esta propuesta de intervención es continua, ya que en cualquier momento puede ser modificada de acuerdo a conseguir un progreso gradual por parte del alumno, con actividades que sigan su ritmo de aprendizaje o que refuercen aquellos contenidos básicos que el alumno aún no domina completamente.

Nos basaremos principalmente en la situación inicial del alumno, para evaluar sus avances a lo largo de la intervención. Para ello es necesario realizar una evaluación inicial al alumno para así conocer sus competencias, dificultades y dominios, para poder programar adecuadamente la intervención. Para obtener los cambios respecto a la evaluación final, se pasará al alumno la misma prueba al comienzo y al final de la intervención (Anexo III).

Se realizará un informe final junto con el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) y el tutor, donde se recoge el grado de consecución de los objetivos propuestos para la intervención y la valoración de su ejecución.

Al llevar a cabo las diferentes sesiones nos tenemos que asegurar constantemente que el niño entiende lo que le decimos o lo que estamos haciendo, de tal manera que sea una comprensión clara, inequívoca y significativa para éste. Esto lo podemos comprobar preguntando qué hemos dicho o explicándonos la tarea a realizar. Así verificaremos que el niño ha comprendido nuestras palabras.

6. Conclusiones

El lenguaje en la Parálisis Cerebral es difícil de trabajar, ya que el alumnado con este tipo de trastorno presenta limitaciones significativas en la movilidad, así como otras de carácter sensorial y fisiológico, por lo que las dimensiones comunicativas-lingüísticas se encuentran claramente obstaculizadas. Este hecho unido al gran amalgama de casuísticas y tipologías presentes en el cuadro de la Parálisis Cerebral Infantil, requiere la aplicación de una diversidad amplia de técnicas y procedimientos de rehabilitación logopédica (dirigidas a la estimulación y mejora de todas las dimensiones del lenguaje) en conjunción con otras técnicas de estimulación referidas a las demás áreas del desarrollo (físico-corporal, sensorial, cognitivo, socio-emocional).

Además de tener presente la posibilidad de uso de los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC), en el caso de una nula comunicación, hay que fomentar en todo momento situaciones y metodologías que permitan acceder a relaciones sociales e interpersonales, logrando así mayores cotas de inclusión. De esta forma, se convierten en relevantes el uso de técnicas y procedimientos que van resultando emergentes en el campo profesional de la logopedia y que combinan aspectos físico-corporales, cinestésicos, sensoriales, artísticos y musicales, generándose dinámicas de intervención más globales y significativas, que llevan a una mayor transferencia y motivación (Kruijssen-Terpstra y otros, 2016).

En esta propuesta de intervención se han llevado a cabo actividades en las que se realizaban diferentes técnicas logopédicas. La técnica de Bobath estudia y analiza las posturas y los movimientos atípicos para normalizar el tono muscular y para inhibir los movimientos reflejos anormales y así poder educar estos movimientos de la manera correcta. (Enireb-García y Patiño-Zambrano, 2017). Los niños con Parálisis Cerebral Infantil presentan anomalías dento-maxilares, asimetrías faciales... por lo que es necesario llevar a cabo una Terapia Miofuncional para solventar estos problemas y trabajar las alteraciones en la alimentación (López, 2017). También es necesario inhibir el reflejo de la succión para adquirir el reflejo de masticar. La respiración y la fonación en un niño con Parálisis Cerebral están alteradas porque también lo está su comportamiento motor. Para corregirlo, previamente hay que controlar la posición del niño para que su musculatura respiratoria comience a funcionar con normalidad (Serrano y Santos del Riego, 2001).

Las técnicas más utilizadas a lo largo de la propuesta son la succión, respiración, fonación y articulación, ya que no sólo se trabajan con las actividades particulares de cada sesión, sino también con las praxias y el soplo que se lleva a cabo en todas ellas.

Esta propuesta de intervención para una mayor eficacia en su aplicación precisa de la coordinación entre los profesionales que interactúan con el alumnado con Parálisis Cerebral, sobre todo con el Fisioterapeuta del colegio. Por este motivo, las actividades diseñadas en el programa de intervención no se circunscriben solo a un contexto de aula específica de tipo logopédico, sino que se han abierto a otros contextos en los que el profesional de la Fisioterapia y otros agentes (Ayudante Técnico Educativo, enfermero, profesorado...) interactúan de forma continua.

Este TFG ha contribuido positivamente a mi desarrollo profesional como Maestra especialista de Audición y Lenguaje, indagando en la Parálisis Cerebral y aportándome nuevos conceptos de técnicas logopédicas que totalmente desconocía. La figura del Maestro especialista de Audición y Lenguaje es de gran importancia en los colegios ya que ayuda a aquellos alumnos con una mayor dificultad en la lectoescritura, o interviniendo directamente con alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo y dificultades de aprendizaje. El fracaso escolar se relaciona con todo esto. Es común que en todas las clases haya algún alumno que tenga problemas de aprendizaje; por eso es importante que el tutor lo detecte para que las dificultades del alumno puedan ser atendido de forma adecuada. Si esto no se llega a detectar, el alumno sigue empeorando hasta que termina desmotivándose a seguir estudiando, rendirse y abandonar.

7. Referencias bibliográficas

- Bacco, J. L., Araya, F., Flores, E., y Peña, N. (2014). Trastornos de la alimentación y deglución en niños y jóvenes portadores de parálisis cerebral: abordaje multidisciplinario. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2), 330-342.
- Bernal, F. M. (2017). *Actividades de Soplo*. Consultada el 9 de diciembre de 2017, en <https://www.instagram.com/logopedialetraaletra/>
- Bosch, Laura. 1983. “El desarrollo fonológico infantil: una prueba para su evaluación”, en *Anuario de Psicología* 28(1), pp. 86-114.
- Bustos, A. (1994). *Imágenes para el entrenamiento fonético*. Madrid: CEPE
- Cámpora, H., y Falduti, A. (2012). Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. *Revista americana de medicina respiratoria*, 12(3), 98-107.
- Cockerill, H., Elbourne, D., Allen, E., Scrutton, D., Will, E., McNee, A., ... y Baird, G. (2014). Speech, communication and use of augmentative communication in young people with cerebral palsy: The SH&PE population study. *Child: care, health and development*, 40(2), 149-157.
- Confederación ASPACE. (sin fecha). *Descubriendo la Parálisis Cerebral*. Consultada el 12 de octubre de 2017, en <https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/726a6-descubriendo-p.-cerebral.pdf>
- Enireb-García, M. D., y Patiño-Zambrano, V. P. (2017). Parálisis cerebral infantil: estimulación temprana del lenguaje método de Bobath. *Dominio de las Ciencias*, 3(4), 627-706.
- Fernández, L. C. y Ganzaraín, Y. E. (2004). La colaboración logopeda-maestro: hacia un modelo inclusivo de intervención en las dificultades del lenguaje. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 24(2), 55-56.
- García, C., Lin, P., Prado, F., Salinas, P., Villanueva, R., Trepát, G. y Meneses, I. (2011). Guías clínicas para la alimentación en pacientes con trastorno de la deglución. *Neumología Pediatría*, 6(2), 67-71.

- García-Baamonde, M.E. (2005). Consideraciones generales en torno a la Parálisis Cerebral. En J.M. Moreno & P.J. Montero (Coord.), *Evaluación Psicoeducativa de la Parálisis Cerebral* (pp. 23-27). Mérida: Recursos Didácticos.
- González-Fernández, A.I., Gutiérrez, M.T., Lamela, B., Montañés, S. y Resines, C. (2012). *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con parálisis cerebral*. Madrid: Imsero.
- González-Mohíno Barbero, J.C. (2007). Arteterapia, Parálisis Cerebral y Resiliencia. *Arteterapia*, 2, 169-179.
- Habiby, J., y Aisen, M. (2015). More funding, better lives: the case for cerebral palsy research. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 57(10), 892-893.
- Hernandez Blanco, M. L. (2015). Procesos alimenticios de succión, deglución y masticación en niños con Parálisis Cerebral de la Fundación Centro de Rehabilitación Vida Diferente, Sincelejo 2011. *REVISALUD Unisucre*, 2(2), 24-32.
- Kruijsen-Terpstra, A. J., Ketelaar, M., Verschuren, O., Gorter, J. W., Vos, R. C., Verheijden, J., ... y Visser-Meily, A. (2016). Efficacy of three therapy approaches in preschool children with cerebral palsy: a randomized controlled trial. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(7), 758-766.
- Law, M., y Darrah, J. (2014). Emerging therapy approaches: An emphasis on function. *Journal of child neurology*, 29(8), 1101-1107.
- Lenis Vallejo, S. I. (2006). Cuidados del niño con parálisis cerebral. *Entramado*, 2(2), 82-87.
- López Ortega, Y. I. (2017). Rehabilitación orofacial en niños con Parálisis Cerebral que presentan problemas de deglución y masticación a causa de la sialorrea. *Facultad de Ciencias de la Salud*.
- López Rojas, A. R. (2011). *41 posiciones de Bobath*. Consultada el 9 de diciembre de 2017, en <https://es.slideshare.net/AgustinRogelioLopezRojas/41-posiciones-de-bobath>

- Majnemer, A., Shikako-Thomas, K., Lach, L., Shevell, M., Law, M., Schmitz, N., y Poulin, C. (2014). Rehabilitation service utilization in children and youth with cerebral palsy. *Child: care, health and development*, 40(2), 275-282.
- Malagon Valdez, J. (2007). Parálisis Cerebral. *Medicina*, 67(6/1), 586-592. ISSN: 0025-7680.
- Martins, E., Cordovil, R., Oliveira, R., Letras, S., Lourenço, S., Pereira, I., ... y Marques, M. (2016). Efficacy of suit therapy on functioning in children and adolescents with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Developmental medicine & child neurology*, 58(4), 348-360.
- Moreno, J. M., Montero, P. J., y García-Baamonde, M. E. (2004). *Intervención educativa en la Parálisis Cerebral*. Mérida: Recursos Didácticos.
- Novak, I., Mcintyre, S., Morgan, C., Campbell, L., Dark, L., Morton, N., ... y Goldsmith, S. (2013). A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. *Developmental medicine & child neurology*, 55(10), 885-910.
- Paz Maldonado, M. (2013). *Musicoterapia en Parálisis Cerebral*. Facultad de Artes, Escuela de Post Grado, Santiago, Chile.
- Pennington, L. (2016). Speech, language, communication, and cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(6), 534-535.
- Pérez de la Cruz, S. (2007). Tratamiento y evaluación de las deficiencias motoras en el aula. Guía práctica para padres. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 10(2), 55-64.
- Póo, P. (2008). Parálisis cerebral infantil. *Asociación Española De Pediatría*, 36, 271-277.
- Proyecto Educativo de Centro y Programación General Anual del Colegio Público Antonio García Quintana de Valladolid*. Consultada el 4 de diciembre de 2017, en <http://ceipgarciaquintana.centros.educa.jcyl.es/sitio/index.cgi>
- Puyuelo, M. (1982). Logopedia y Parálisis Cerebral Infantil. *Rev. Logop. Fonoaud.*, 1(4), 211-220.

- Puyuelo, M. (2000). Comunicación y lenguaje en la parálisis cerebral infantil. Detección e intervención en el medio familiar y escolar. – El niño, sus problemas de comunicación, la familia y la escuela. En M. Puyuelo & J.A. Arriba de la Fuente (Ed.), *PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL. Aspectos comunicativos y psicopedagógicos. Orientaciones al profesorado y a la familia.* (pp.11-15). Málaga: Aljibe.
- Puyuelo, M. y Arriba de la Fuente, J.A. (2000). *Parálisis Cerebral Infantil. Aspectos comunicativos y psicopedagógicos. Orientaciones al profesorado y a la familia.* Málaga: Aljibe.
- Ruiz, A., y Arteaga, R. (sin fecha). *Parálisis cerebral y discapacidad intelectual.* 363-394.
- Sabbatella, P.L. (2002). Musicoterapia aplicada: Metodología y Evaluación en Parálisis Cerebral. *Musicoterapia 02, Programa para Mediadores en Musicoterapia y Discapacidad. Libro de Ponencias.* Madrid. Edición Confederación Aspace. pp. 77-111
- Sarrionandia, G. E. (2006). *Educación para la inclusión o educación sin exclusiones.* (Vol. 102). Narcea Ediciones.
- Serrano, C. y Santos del Riego, S. (2001). Comunicación vocal y no vocal en la parálisis cerebral infantil. *Rehabilitación*, 34(2), 114-120.
- Thaut, M. H., McIntosh, G. C., y Hoemberg, V. (2015). Neurobiological foundations of neurologic music therapy: rhythmic entrainment and the motor system. *Frontiers in psychology*, 5, 1185.
- Vallés Arándiga, A. (1995). *Prueba de Articulación de Fonemas (PAF).* CEPE. Extraído el 12 de diciembre de 2017, de www.alafina.es/wp-content/uploads/2013/06/PAF.pdf

8. Anexos

Anexo I. Praxias



“Moto”: vibración de la lengua dentro de la boca como si se hiciera la ‘r’ fuerte.



“Caballo cansado”: realización de pedorretas.



“Avión”: realización de pedorretas con la lengua fuera de la boca.



“Besitos”: lanzar besos al aire con sonido y la forma de la boca.



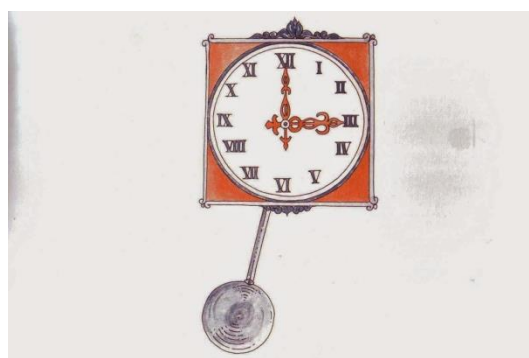
“Pez”: poner la boca y mover los labios como si fuera un pez.



“Teléfono”: simular la onomatopeya a cuando recibimos una llamada.



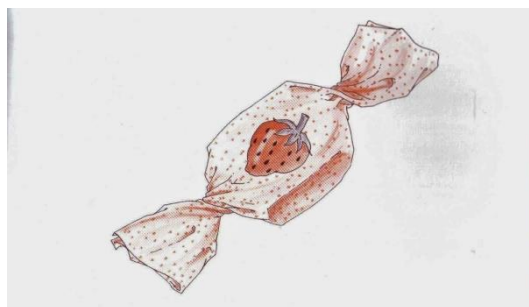
“Cucharón”: abrir mucho la boca y poner la lengua bien estirada detrás de los paletos.



“Reloj”: realizar las horas abriendo la boca y sacando la lengua sobre los labios.



“Balón”: pasar la lengua por encima de los labios hacia un lado y hacia el otro.



“Caramelo”: con la boca cerrada, pasar la lengua rápido por cada uno de los carrillos.



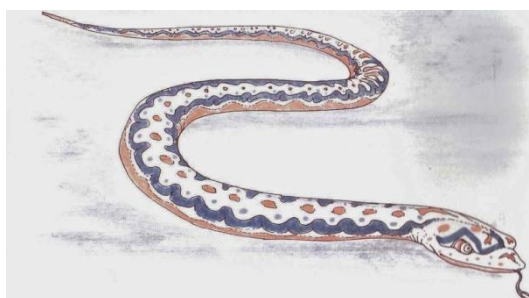
“Berretes”: pasar la lengua por encima del labio superior hacia un lado y hacia el otro.



“Escoba”: con la boca cerrada, pasar la lengua por arriba (el paladar), por abajo, por un lado (carrillo), por el otro lado (carrillo) y por la puerta (los labios por dentro).



“Helado”: simular que tenemos un helado de la mano y lo comemos sacando y metiendo la lengua de la boca.



“Serpiente de las inversas”: pasamos el dedo por encima de la serpiente diciendo “as”, “es”, “is”, “os” y “us”.



“Serpientes de la S”: hacemos el sonido de la ‘s’ a la vez que pasamos el dedo por encima de cada serpiente.



“Serpientes de la Z”: hacemos el sonido de la ‘z’ a la vez que pasamos el dedo por encima de cada serpiente.

Bustos, A. (1994). *Imágenes para el entrenamiento fonético*. Madrid: CEPE

Anexo II. Actividades de soplo



Consiste en soplar los pompones.



Tiene que realizar diferentes circuitos soplando la pelota.



Tiene que soplar el molinillo.



Tiene que soplar manteniendo la pelota en el aire.



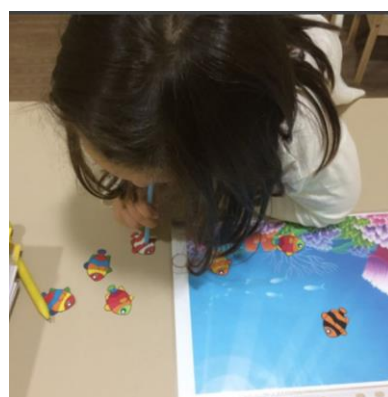
Consiste en soplar siguiendo los diferentes colores.



Tiene que soplar la pelota para meterla en la portería.



Consiste en soplar el globo para hinflarlo.



Tiene que colorear los dibujos soplando el rotulador para que salga la tinta.

Bernal, F. M. (2017). *Actividades de Soplo*
<https://www.instagram.com/logopediaetraaetra/>

Anexo III. Evaluación inicial y final

Para la evaluación fonética partiremos según la adquisición fonética de Bosh (1983 y 2004), en la que aparece registrada la edad del alumno a la que debería tener adquiridos determinados fonemas.

Para ello se le dará al alumno unos dibujos y tendrá que decir cómo se llama cada uno de ellos. Según lo van haciendo iremos apuntando en una hoja de registro la manera en la que lo hacen fijándonos bien en los sonidos o en las palabras que desconocen, pues también nos sirve para ver el nivel de vocabulario que dominan.

Si desconocen alguna palabra, antes de decirle exactamente la palabra se les dice para lo que se utiliza o para lo que sirve ya que si repiten la palabra que le decimos ya no sería por habla espontánea sino por repetición.

Si dicen la palabra por repetición, anotaremos que ha sido de tal modo. Además del nombre del alumno, también apuntaremos en la hoja de registro su edad, la fecha y el curso en el que se encuentra matriculado.

Tabla: Adquisición fonética de Bosh (1983 y 2004)

Adquisición fonética 3 años		
<ul style="list-style-type: none"> - Vocales: /a/ /e/ /i/ /o/ /u/ - Diptongos crecientes: /ia/ /ie/ /io/ /ua/ /ue/ - Fonemas en posición directa inicial-media: <ul style="list-style-type: none"> o Nasales: /m/ /n/ /ɲ/ o Oclusivas: /p/ /b/ /k/ /g/ /t/ o Fricativas: /f/ /χ/ /s/ /θ/ /ʃ/ o Líquidas: /l/ 	Palabras	
	Manzana	Pie
	Niña	Biberón
	Queso	Foca
	Guantes	Jamón
	Tejado	Chupete
	Leche	Zumo
	Sofá	Avión
	Fuego	Colonia
Adquisición fonética 4 años		
<ul style="list-style-type: none"> - Fonemas en posición directa inicial-media: <ul style="list-style-type: none"> o Oclusivas: /d/ o Líquidas: /l/ (final) /ʎ/ /r/ (media) - Sinfones en posición inicial-media: /fl/ /pl/ /bl/ /cl/ /gl/ 	Palabras	
	Delantal-dedal	Tenedor
	Llorar	Flecha
	Coliflor	Playa
	Soplar	Blanco
	Ombbligo	Clase
	Chicle	Globo
	Iglú	Regla

Adquisición fonética 5 años		
<ul style="list-style-type: none"> - Diptongos crecientes: /iu/ /ui/ /uo/ - Diptongos decrecientes: /ai/ /ei/ /oi/ /eu/ /au/ - Fonemas: <ul style="list-style-type: none"> o Líquida: /r/ (final) o Fricativa: /s/ (inversa) - Sinfones en posición inicial-media: /br/ /fr/ /pr/ /cr/ /gr/ /tr/ /dr/ 	Palabras	
	Euro	Peine
	Autobús	Jaula
	Bailarina	Ciudad
	Pingüino	Brazo
	Libro	Fresa
	Cofre, disfraz	Comprar
	Premio, primera	Cremallera
	Escribir	Granja
	Cangrejo	Tren
Monstruo	Cocodrilo	
Dragón	Drácula	
Adquisición fonética 6-7 años		
<ul style="list-style-type: none"> - Fonemas: /rr/ (inicial-media) /r/ (inversa) 	Palabras	
	Telaraña	Regalo
	Guitarra	Tortuga
	Ventilador	Araña

Después, con la Prueba de Articulación de Fonemas (PAF) de Vallés Arándiga (1995), evaluaremos los siguientes aspectos:

Tabla 5. PAF (Vallés Arándiga, 1995)

	PAUTAS DE EVALUACIÓN	ASPECTOS	SÍ	NO
Respiración	-Normalización de la espiración nasal	Inspira aire por la nariz, retenlo y expúlsalo por la nariz.		
	-Normalización de la espiración bucal	Inspira aire por la nariz, retenlo y suelta el aire por la boca		
	-Fuerza del soplo	Inspira por la nariz y expulsa el aire durante el mayor tiempo posible		
	-Duración del soplo			
Capacidad de soplo	-Capacidad de respiración	Sopla sin inflar las mejillas		
	-Regularidad con que sale el aire por los pulmones	Sopla inflando las mejillas		
		Sopla sobre tu flequillo		
		Sopla sobre tu pecho		
		Infla el globo		
		Sopla en el espirómetro		
-Dominio del soplo				
-Discriminación fuerte-débil				

Habilidad buco-linguo-labial	<ul style="list-style-type: none"> -Movilidad general de la lengua -Agilidad -Flexibilidad -Control voluntario -Potencia de movimiento -Malformaciones e irregularidades -Movilidad de los labios -Rapidez -Habilidad general de los labios -Malformaciones o dificultades labiales 	Saca y mete la lengua de la boca		
		Toca la nariz con la punta de la lengua		
		Coloca la lengua fuera a la derecha e izquierda de la boca		
		Vibra la punta de la lengua chocando con los dientes superiores		
		Pasa la punta de la lengua por el centro del paladar de atrás hacia delante y al revés		
		Dobla la punta de la lengua (dentro de la boca) hacia arriba y hacia abajo		
		Aprieta y afloja los labios		
		Une y separa rápidamente los labios		
		Imita el sonido de la moto		
		Muerde el labio superior con los dientes inferiores		
		Muerde el labio inferior con los dientes superiores		

Una vez pasadas estas dos pruebas, procedemos a la evaluación inicial de lectura y de escritura de 1º de Educación Primaria, curso en el que está matriculado el alumno de la propuesta de intervención. Para ello emplearemos unos documentos extraídos de la Web de *Orientación Andújar* en los que incluye un manual para el profesor con la estructura de la prueba y las instrucciones de aplicación, corrección y evaluación. Adjunto esos documentos a continuación.

P.E.I.E.P. 1º

PRUEBA DE EVALUACIÓN INICIAL

DE

EDUCACIÓN PRIMARIA 1º



P.E.I.E.P. 1º

PRUEBA DE EVALUACIÓN INICIAL

DE

EDUCACIÓN PRIMARIA 1º

MANUAL DEL PROFESOR



ÍNDICE:

- I. Introducción
- II. Estructura de la prueba
- III. Características generales
- IV. Instrucciones de aplicación, corrección y evaluación
- V. Resultados

I. INTRODUCCIÓN

La finalidad de esta prueba es la de ofrecer al profesorado un recurso que le facilite su tarea de conocer el desarrollo madurativo del alumnado que comienza la Educación Primaria.

Se ha elaborado teniendo en cuenta los objetivos mínimos que, según el Proyecto Curricular de Centro, debe tener adquirido el alumno/a al final de la Educación Infantil y al comienzo de la Educación Primaria, en cada una de las tres áreas de la Educación Infantil (Identidad y Autonomía Personal, Medio Físico y Social y Comunicación y Representación).

Además del Proyecto Curricular de Centro se han utilizado para su elaboración, la normativa vigente, pruebas realizadas por distintos autores y bibliografía diversa.

II. ESTRUCTURA DE LA PRUEBA

La prueba ha sido elaborada siguiendo los bloques de contenidos de cada una de las áreas de Educación Infantil, seleccionando de cada uno de ellos, lo más significativo, importante y básico.

Su constitución es la siguiente:

Identidad y Autonomía Personal:

- Conocimiento del esquema corporal
- Coordinación visomotriz
- Autonomía personal
- El cuidado de uno mismo

Medio Físico y Social:

- La familia
- El entorno
- Los objetos
- Animales y plantas

Comunicación y representación:

- Lenguaje oral
 - Comprensión oral
 - Expresión oral
- Aproximación al lenguaje escrito
 - Interpretación de imágenes
- Expresión plástica
 - Discriminación de colores
 - Discriminación de formas
 - Discriminación de figuras

- Expresión musical
 - Cualidades de los sonidos
 - Ritmo
- Expresión corporal
 - Movimientos corporales
- Relaciones, medidas y representación en el espacio
 - Conceptos básicos
 - Números del 1 al 9
 - Medidas de tiempo
 - Orientación y representación espacial

III. CARACTERÍSTICAS GENERALES

1) Forma de aplicación: la casi totalidad de la prueba es de aplicación colectiva a excepción de, expresión oral, integración de imágenes y expresión musical, ya que sus peculiaridades precisan aplicación individual.

2) Ámbito de aplicación: alumnos/as que comiencen la Educación Primaria y los que terminen la Educación Infantil.

También es aplicable a cualquier alumnado de Educación Primaria, sobre todo del 1º ciclo, si se considera que no está maduro para el aprendizaje escolar.

3) Significación: evaluación de los Aspectos Madurativos Básicos para el aprendizaje escolar.

4) Nombre de la prueba: Prueba de Evaluación Inicial de Educación Primaria 1º (P.E.I.E.P. 1º).

5) Autores: América Benítez Peñate y José Luis García Castro.

6) Duración: sin tiempo límite.

7) Material:

- . manual del profesor
- . cuaderno del alumno
- . material fungible

8) Aplicación, corrección y evaluación: véase el apartado IV.

9) Hojas de registro:

- Hoja de registro de resultados individual: se dispone de la misma en la portada del cuaderno del alumno, registrándose con X los aciertos y en blanco si no supera el ítem.

- Hoja de registro de resultados colectiva: para obtener una panorámica de todos los alumnos de la clase y los correspondientes ítems. Se registra del mismo modo que la hoja individual.

IV. INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN, CORRECCIÓN Y EVALUACIÓN

CONTENIDOS	INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN	CORRECCIÓN/ EVALUACIÓN
1) Conocimiento del esquema corporal.	Aplicación: colectiva. El profesor/a presentará la Lámina 1 y dirá a los alumnos/as: "Ahí tienen un muñeco. Pongan una cruz en su cuello. Cejas. Hombros. Codos. Piernas. Cintura. Pecho y tobillos"	Superado: si tiene 5 o más aciertos.
2) Coordinación visomotriz.	Aplicación: colectiva. Se entrega la Lámina 2 y se le dice a los alumno/as: "Miren, aquí (señalar) hay un niño y aquí (señalar) una casa. Tienen que pintar una raya desde el niño hasta la casa y tienen que hacerlo sin levantar el lápiz del papel y sin tocar, ni saltar las rayas que hay dibujadas. Hacerlo así (SE DEMUESTRA EN LA PIZARRA)".	Superado: 4 o más aciertos.
3) Autonomía personal.	Aplicación: colectiva. El profesor/a repartirá la Lámina 3 y dirá a los alumnos: "Fíjense en todos esos dibujos. Unan con una raya en qué sitios hacen esos niños sus actividades".	Superado: sin error.
4) El cuidado de uno mismo.	Aplicación: colectiva. El profesor/a repartirá la Lámina 4 y dirá a los alumnos/as: "Fíjense en todos esos dibujos. Tachen todos los alimentos".	Superado: sin error
5) La familia.	Aplicación: colectiva. El profesor/a les dará un folio en blanco a los alumnos/as y les dice: "Dibujen a su familia".	Superado: cuando dibujen a sus padres y hermanos y/o algún otro miembro de su familia (abuelos, tíos...)
6) El entorno.	Aplicación: colectiva. El profesor/a repartirá la Lámina 5 y dirá a los alumnos/as: "Fíjense en esos dibujos. Unan con una flecha los dos dibujos que se relacionen entre sí".	Superado: 4 o más aciertos.
7) Los objetos.	Aplicación colectiva. El profesor/a entregará la Lámina 6 a los alumnos/as y les dirá: "Pongan una cruz en lo que sirve para: dormir, sentarse, navegar, alumbrar, abrir, leer".	Superado: 5 o más aciertos.
8) Animales y plantas.	Aplicación: colectiva. El profesor/a repartirá la Lámina 7 y les dirá a los alumnos/as: "Miren esos dibujos. Tachen con una cruz los animales que no vuelan".	Superado: 3 o más aciertos.
9) Comprensión oral.	Aplicación: colectiva. El profesor/a les dice a los alumnos/as: "Voy a contarles un cuento. Escuchen bien, porque después tendrán que hacer una ficha sobre ese cuento. El cuento dice así: <i>Ana fue a la plaza con su abuela y se encontró a Yeray que jugaba con su perro. Habían muchas palomas que revoloteaban alrededor de</i>	Superado: 4 o más aciertos.

	<p><i>la plaza.</i> <i>Ana y Yeray pidieron permiso a la abuela para ir a la tienda a comprarles comida.</i> <i>Después, dieron de comer a las palomas, que se pusieron muy contentas".</i></p> <p>Tras leer el cuento, se reparte la Lámina 8 y se les pide a los alumnos/as que rodeen con un círculo los dibujos que se nombran en el cuento.</p>	
10) Expresión oral.	<p>Aplicación individual. El profesor/a tiene la Lámina 9 delante y le dice al alumno/a: "Nombra todos los dibujos que aparecen en esta hoja". El alumno/a va pronunciando en alta voz cada uno de los dibujos. Ante cualquier palabra mal pronunciada el profesor/a la anotará (en la misma o en otra hoja aparte) tal como el alumno/a la ha pronunciado.</p>	Superado: cuando pronuncie correctamente todas las palabras, admitiéndose cualquier sinónimo de las mismas.
11) Discriminación de colores.	<p>Aplicación colectiva. El profesor/a reparte la Lámina 10 y dice a los alumnos/as: "Fíjense en esos dibujos. Son cosas para vestirse. Pongan una cruz de color ROJO al calcetín. De color AZUL al pantalón. De color AMARILLO al guante. De color NEGRO al zapato. De color MARRÓN a la blusa. De color VERDE a la falda".</p>	Superado: sin error.
12) Discriminación de formas.	<p>Aplicación colectiva. El profesor/a reparte la Lámina 11 y les dice a los alumnos/as: "Pongan una cruz de color rojo en el cuadrado, una cruz de color azul en el triángulo y una cruz de color amarillo en el círculo".</p>	Superado: dibujar las 3 figuras correctamente.
13) Discriminación de figuras.	<p>Aplicación colectiva. El profesor/a reparte la Lámina 12 y dice a los alumnos/as: "Miren, en esa hoja hay unos dibujos. En el cuadro de arriba repasen la pera. En el cuadro de abajo repasen la botella y los vasos".</p>	Superado: sin error.
14) Interpretación de imágenes.	<p>Aplicación individual. El profesor/a dará al alumno/a la Lámina 13 y le dirá: "Explicame lo que está pasando en esa lámina".</p>	Superado: cuando diga 3 o más frases.
15) Cualidades de los sonidos.	<p>Aplicación individual. El profesor/a dirá al alumno/a: "Haz un ruido fuerte. Ahora uno suave. Uno que dure poco. Otro que dure mucho".</p>	Superado: sin error.
16) Ritmo.	<p>Aplicación individual. El profesor/a dice al alumno/a: "Voy a golpear con este lápiz sobre la mesa. Fíjate bien cómo golpeo, porque después lo tienes que repetir como yo".</p> <p><i>Estructuras rítmicas:</i> 1 .. 2 . . . 3 4 5</p>	Superado: 3 o más aciertos.
17) Movimientos corporales.	<p>Aplicación colectiva. El profesor/a dirá a los alumnos/as: "Levanten los dos brazos arriba. Bájelos. Caminen de puntillas. Paren.</p>	Superado: sin error.

	Corran deprisa. Paren. Con los pies juntos, salten por encima de un elástico colocado a 20 cm. del suelo".	
18) Conceptos básicos.	Aplicación colectiva. El profesor/a reparte las Láminas 14a y 14 b y dirá a los alumnos/as: "Fíjense en esos dibujos. Tachen el dibujo donde hay: POCOS dulces. MUCHAS estrellas. IGUAL NÚMERO de chupa-chups. La puerta MÁS ANCHA. El dibujo que es DIFERENTE. El lápiz MÁS CORTO".	Superado: 4 o más aciertos.
19) Escritura de números del 1 al 9.	Aplicación colectiva. El profesor/a reparte la Lámina 15 y les dice: "Escriban el número 2 - 4 - 6 - 8 - 9 - 3 - 5 - 1 - 7".	Superado: sin error.
20) Medidas de tiempo.	Aplicación colectiva. El profesor/a repartirá la Lámina 16 y dirá a los alumnos/as: "Fíjense en el dibujo de arriba: tachen la niña DESPUÉS DE cortarse el pelo. Miren ahora los dibujos de abajo: escriban el nº 1 debajo del cuadro de lo que hace el niño primero. El nº 2 debajo de lo que hace el niño a continuación y el nº 3 debajo de lo que hace el niño al final".	Superado: sin error.
21) Orientación y representación espacial.	Aplicación colectiva. El profesor/a reparte las Láminas 17a y 17b y dirá a los alumnos/as: "Fíjense en esos dibujos. Tachen el dibujo donde: el cuadro que tiene la estrella en la parte de ARRIBA. El árbol que está LEJOS de la casa. Lo que está DETRÁS del banco. El niño que está DENTRO de la casa. El collar que tiene las bolas SEPARADAS. El pájaro que está a la IZQUIERDA".	Superado: 5 o más aciertos.

P.E.I.E.P. 1°

CUADERNILLO DEL ALUMNO

NOMBRE: _____

COLEGIO: _____

CURSO: _____

FECHA: _____

CONTENIDOS	S	N	CONTENIDOS	S	N
1) Esquema corporal.			12) Discriminación formas.		
2) Coordinación visomotriz.			13) Discriminación figuras.		
3) Autonomía personal.			14) Interpretación de imágenes.		
4) Cuidado de uno mismo.			15) Sonidos.		
5) La familia.			16) Ritmo.		
6) El entorno.			17) Movimientos corporales.		
7) Los objetos.			18) Conceptos básicos.		
8) Animales y plantas.			19) Números.		
9) Comprensión oral.			20) Tiempo.		
10) Expresión oral.			21) Espacio.		
11) Discriminación colores.					

Lámina 1

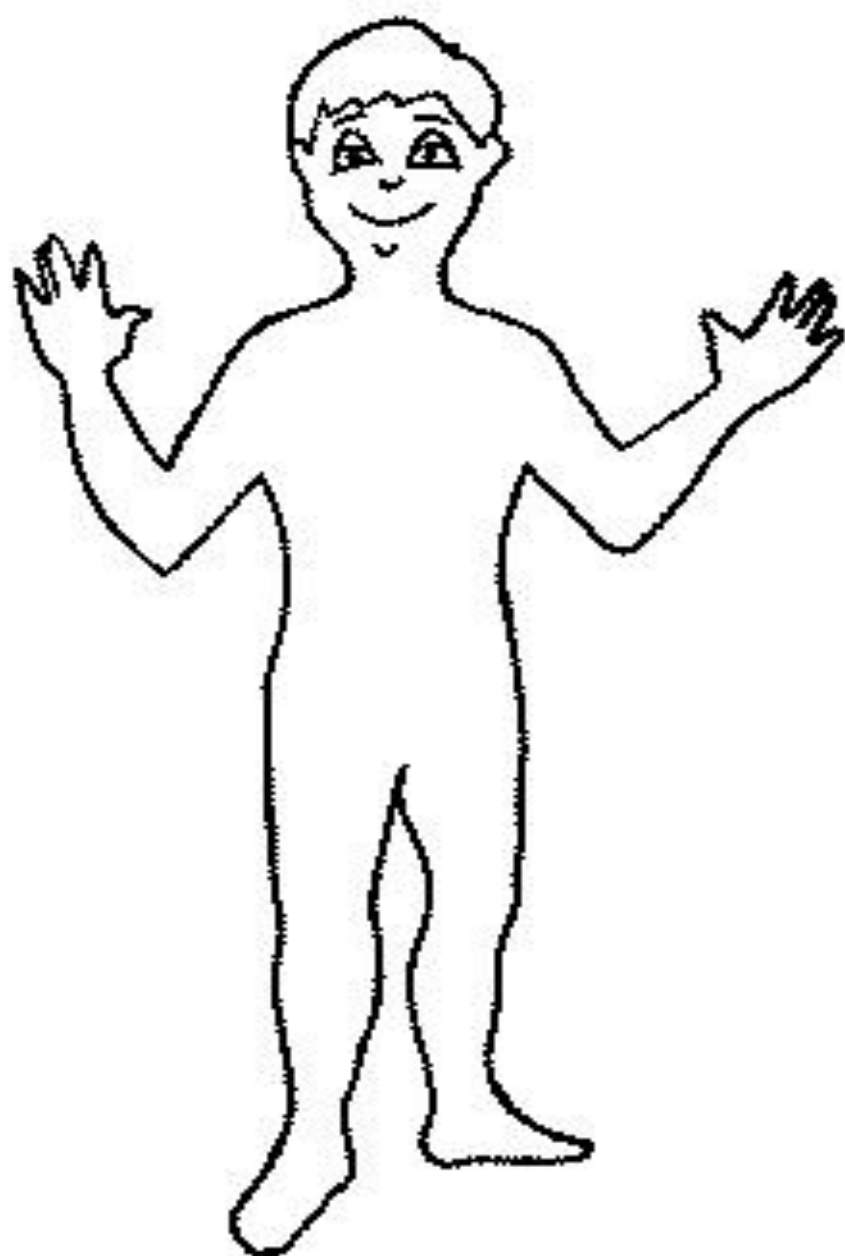


Lámina 2

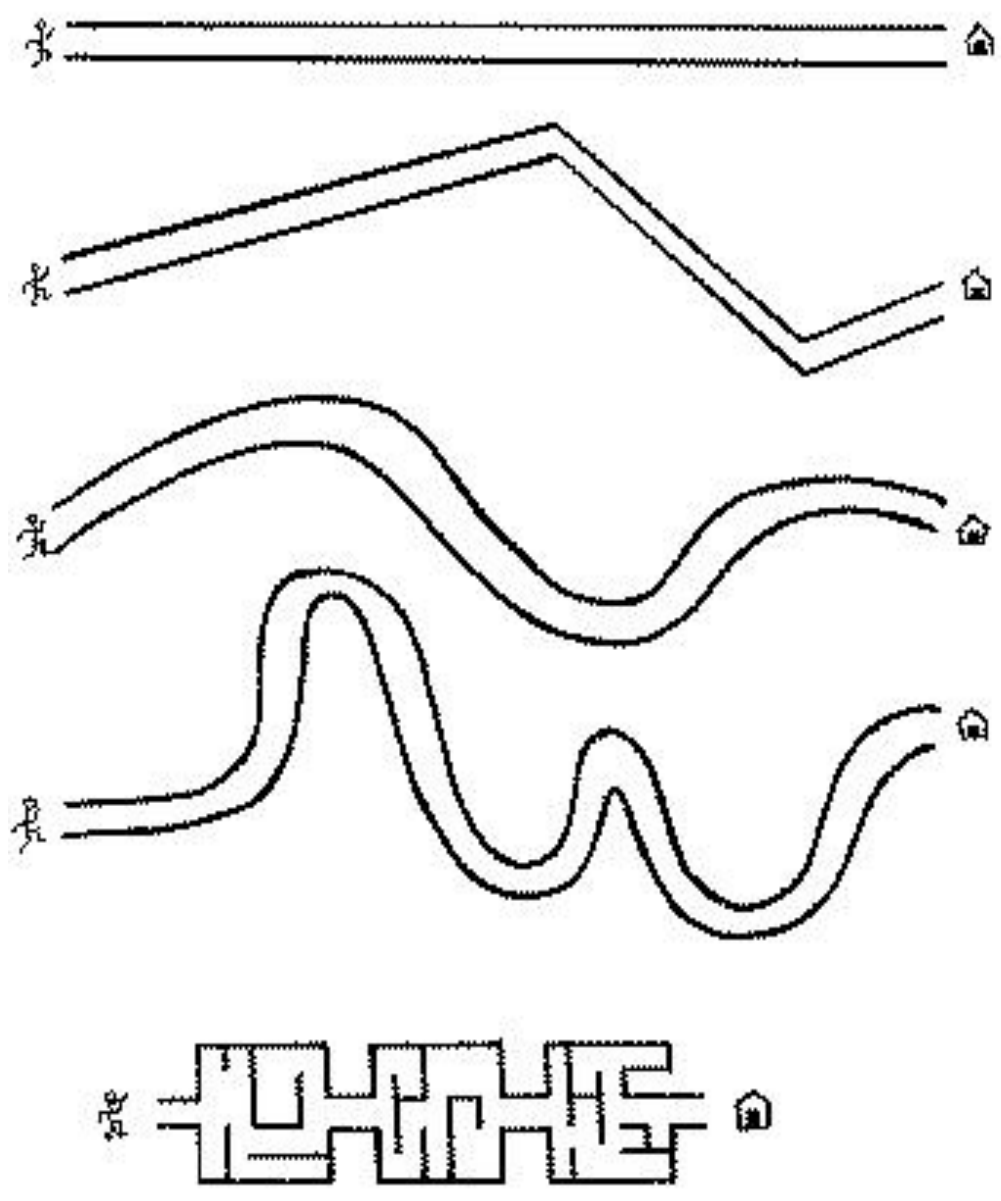


Lámina 3

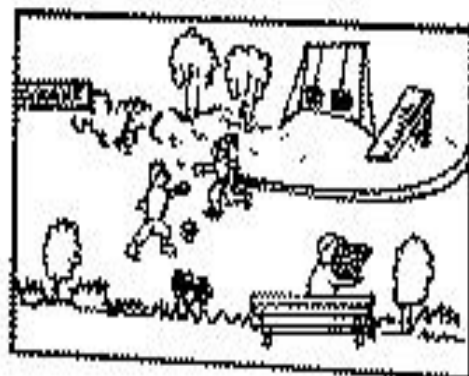
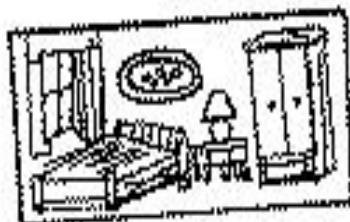
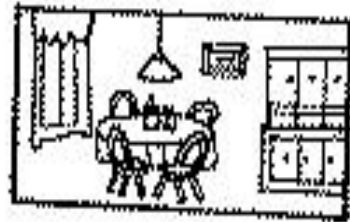
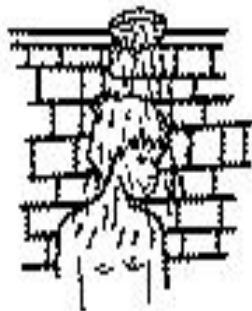


Lámina 4

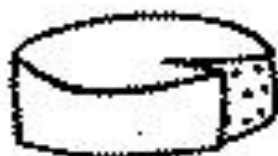


Lámina 5

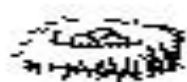


Lámina 6

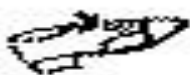


Lámina 7



Lámina 8

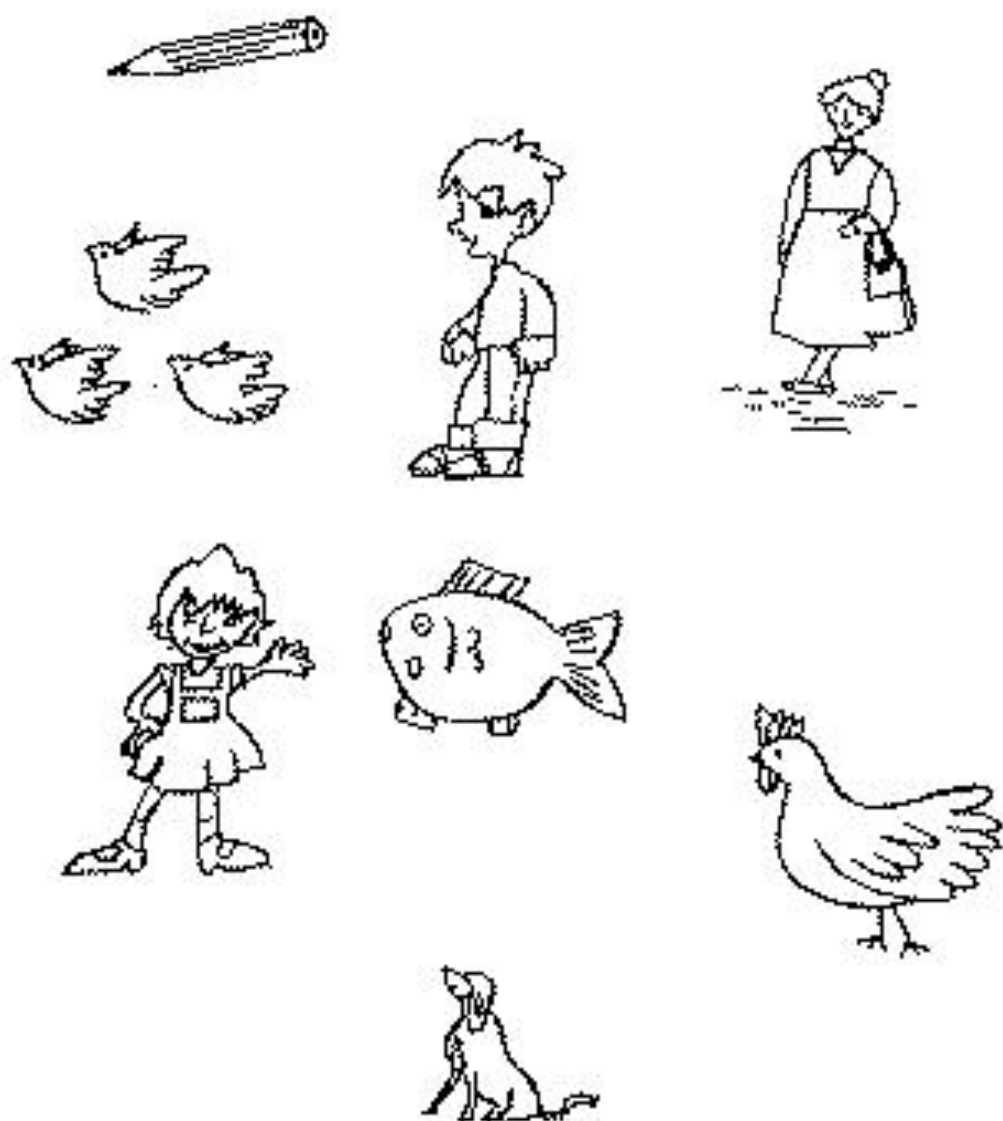


Lámina 9

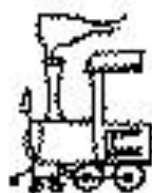


Lámina 10

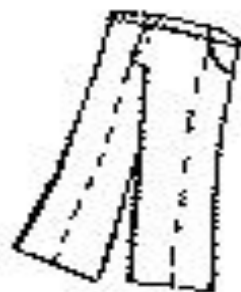
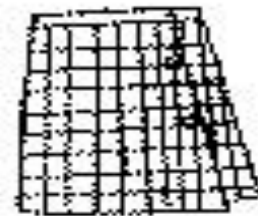


Lámina 11

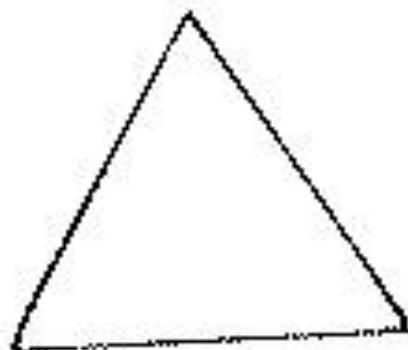
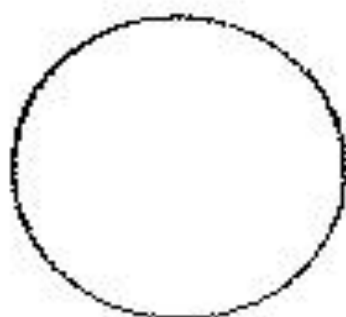


Lámina 12

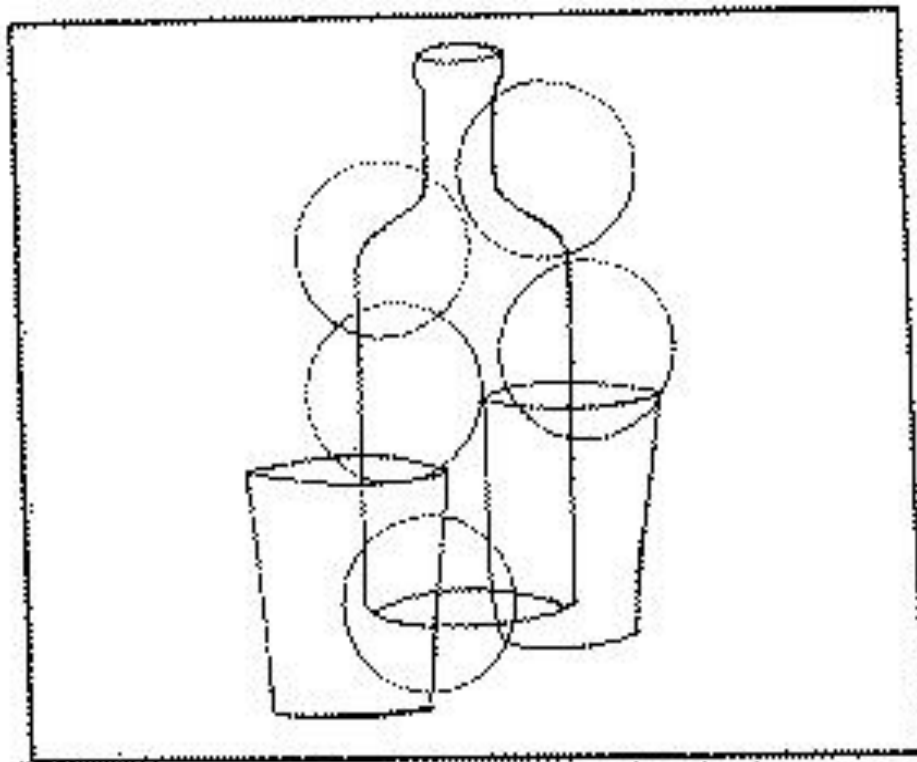
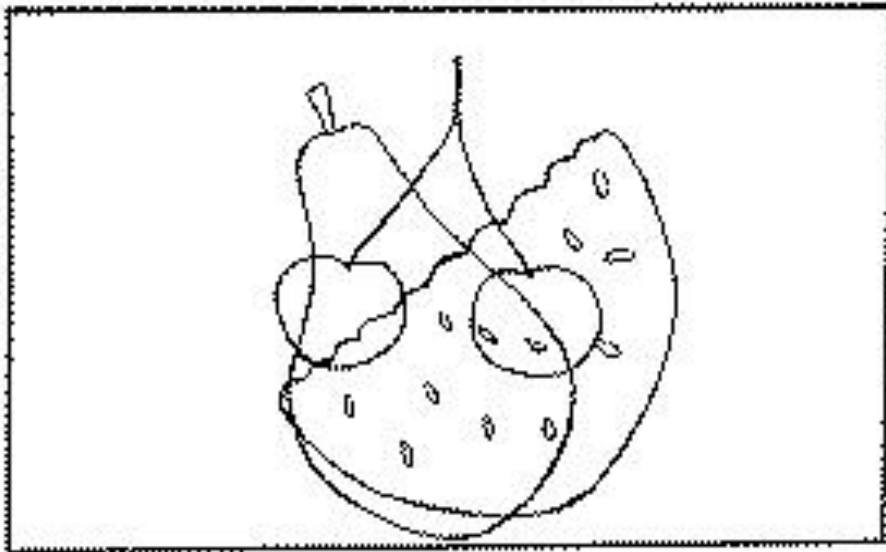


Lámina 13

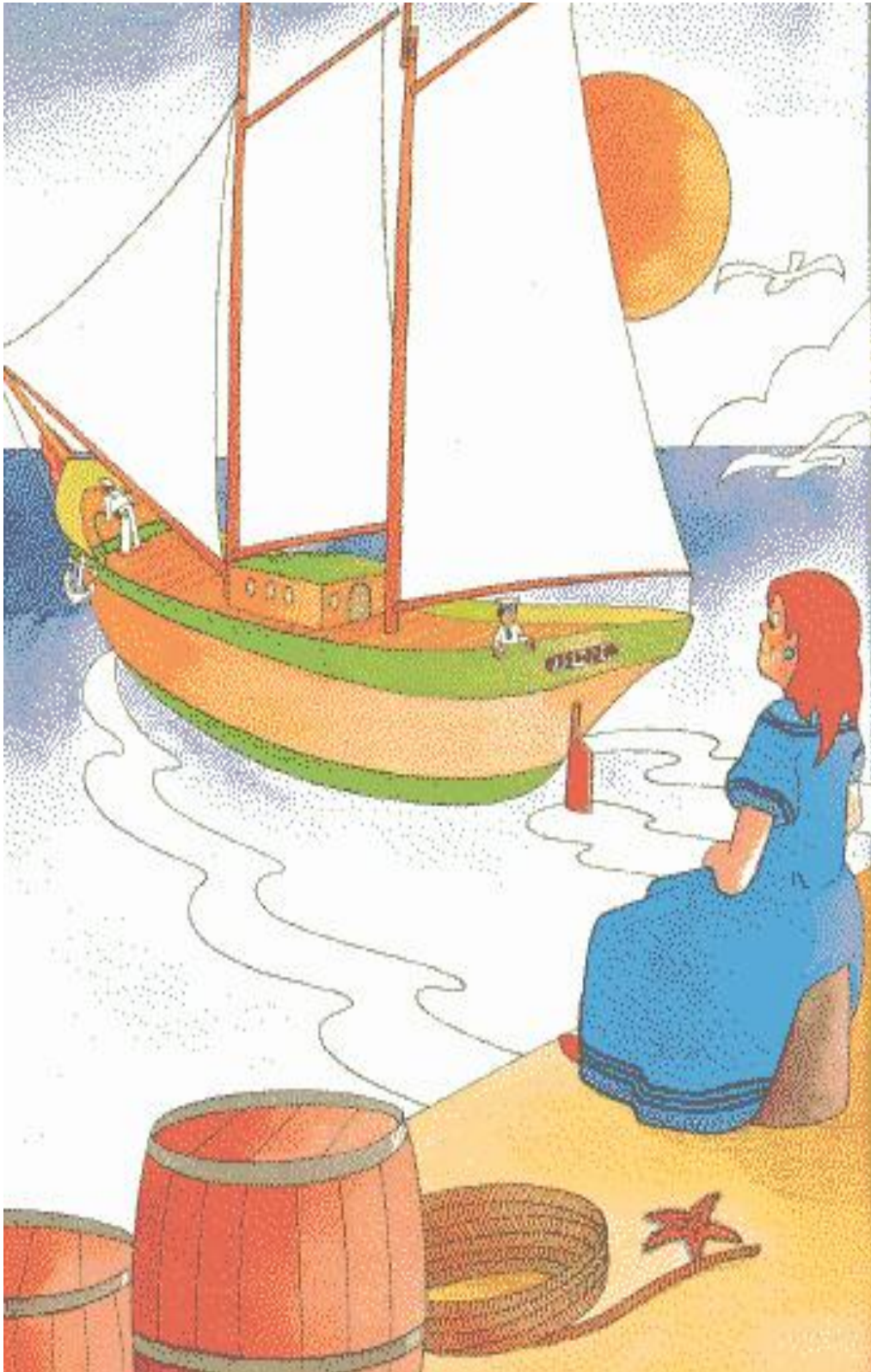


Lámina 14 a

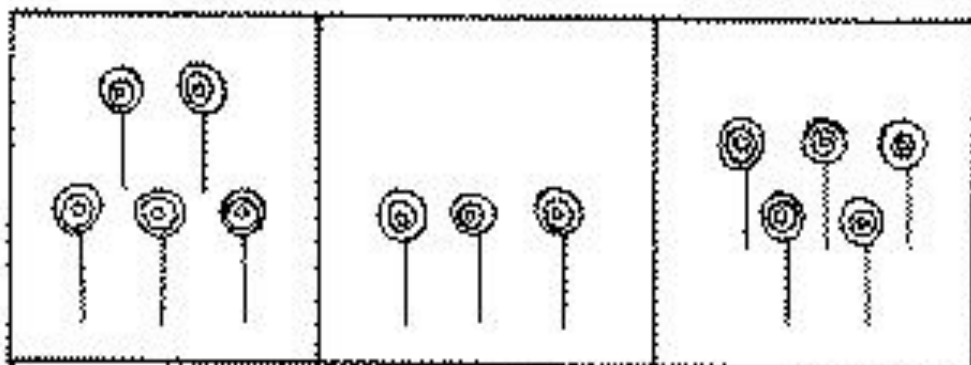
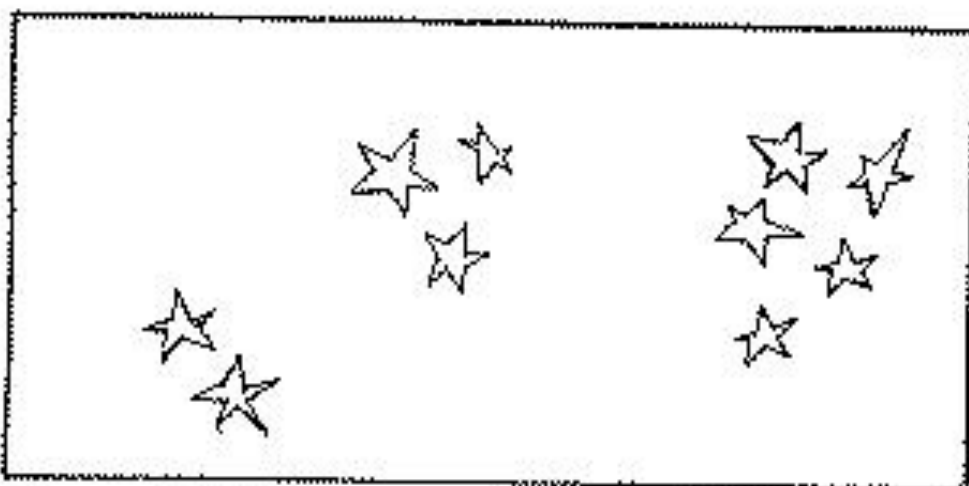
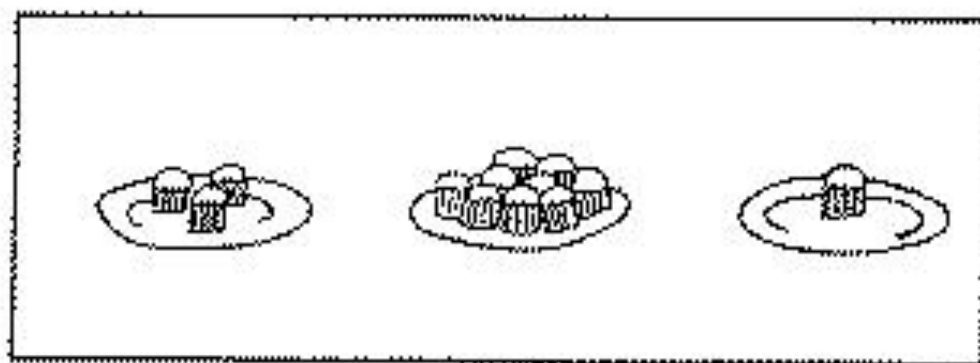


Lámina 14 b

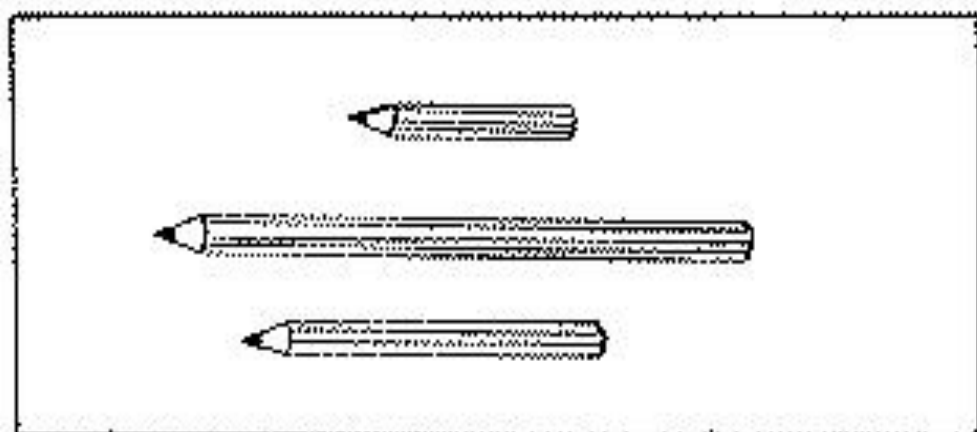
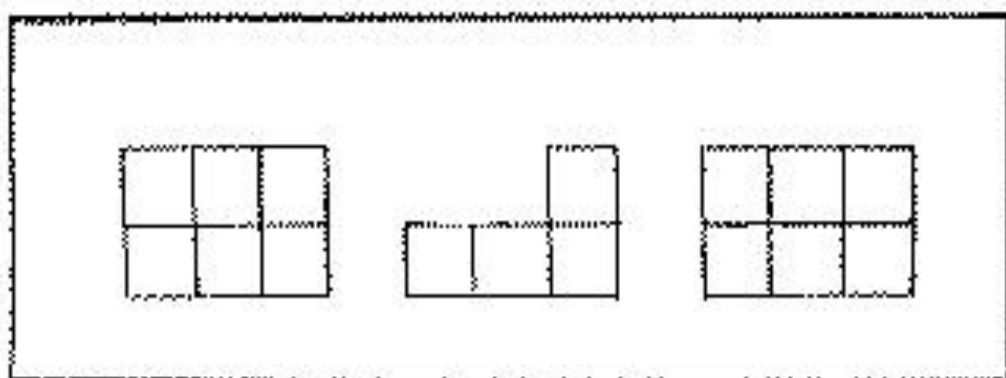
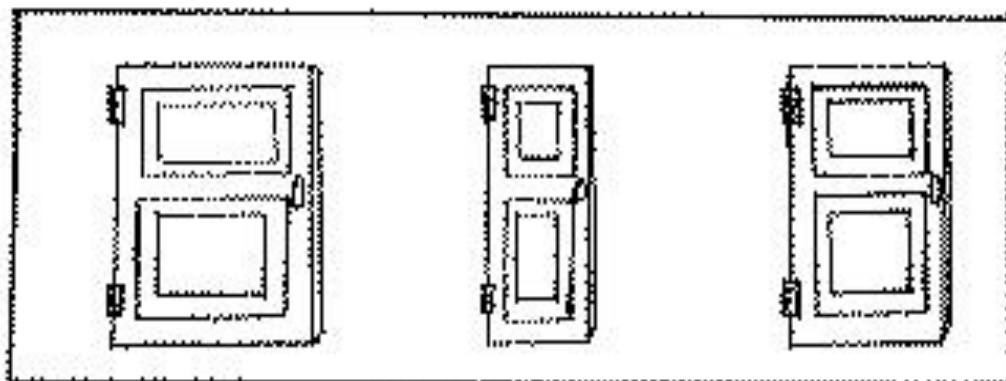


Lámina 15

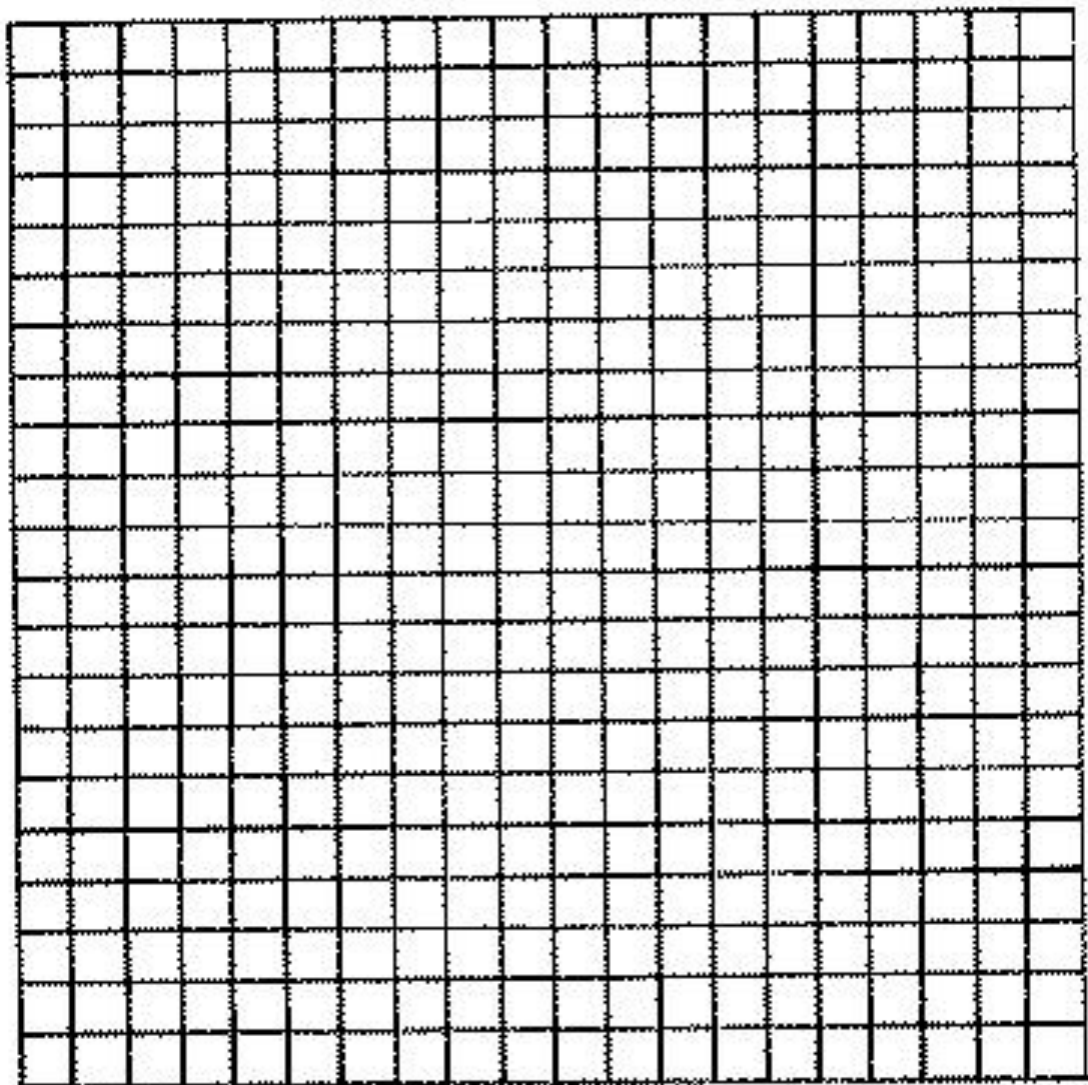


Lámina 16

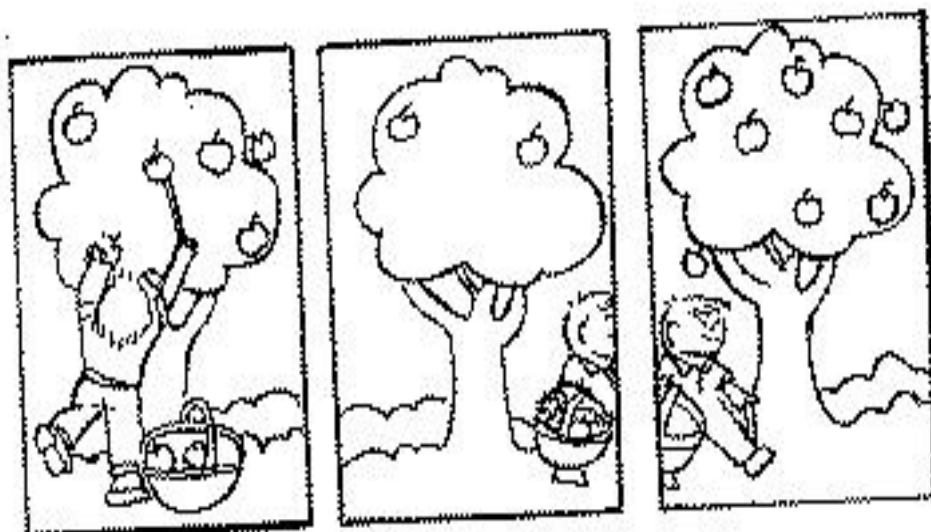
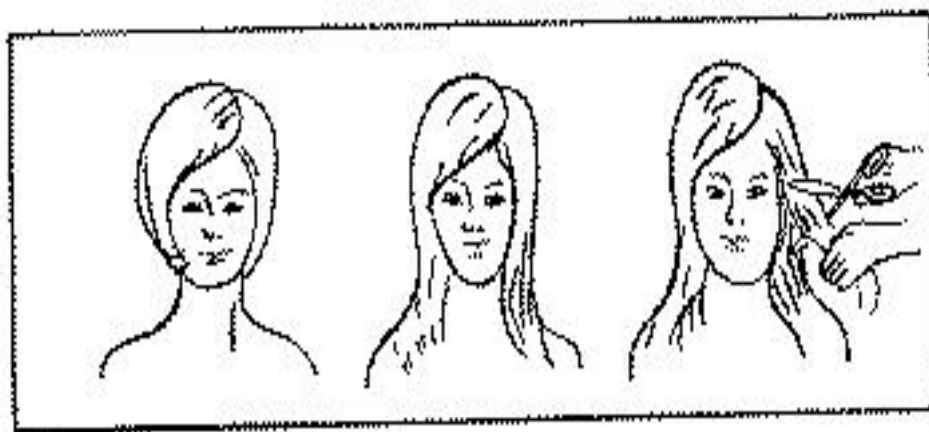


Lámina 17 a.

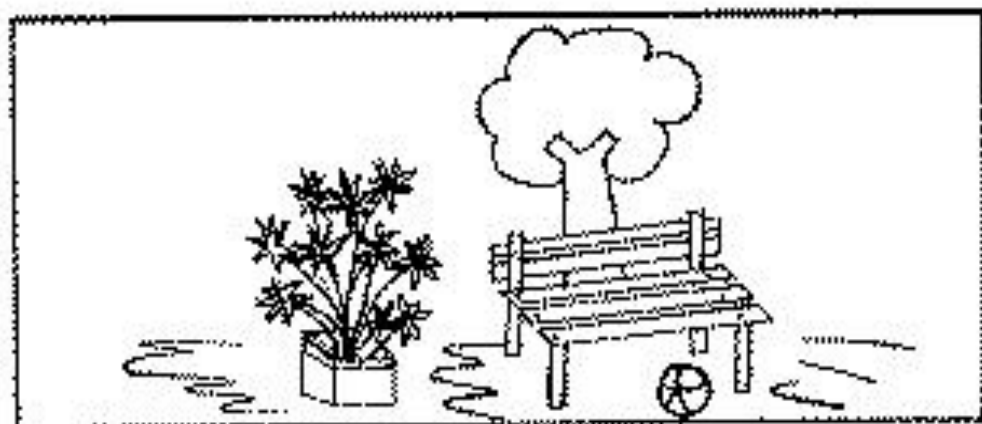
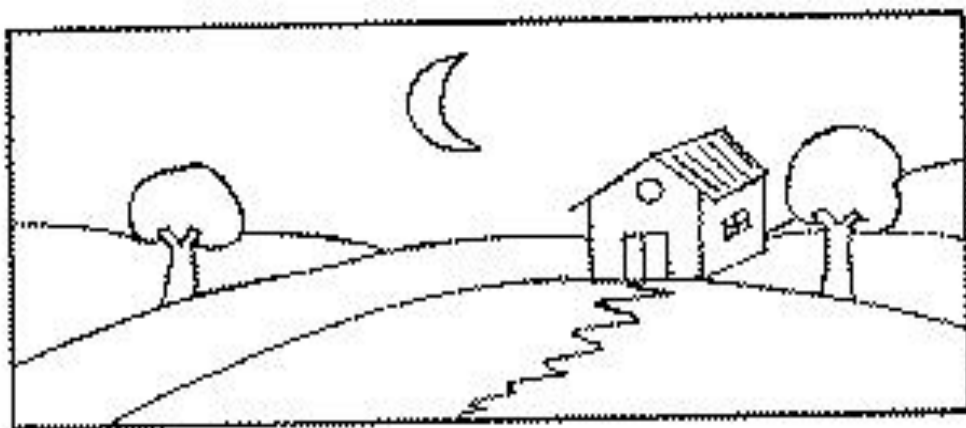
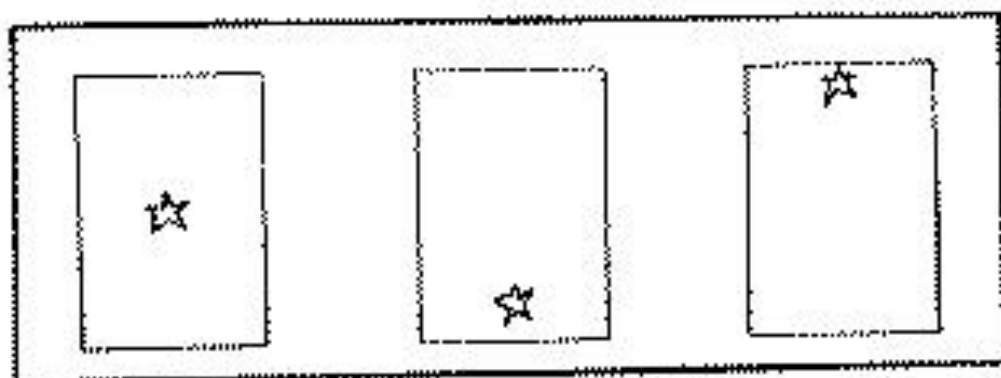
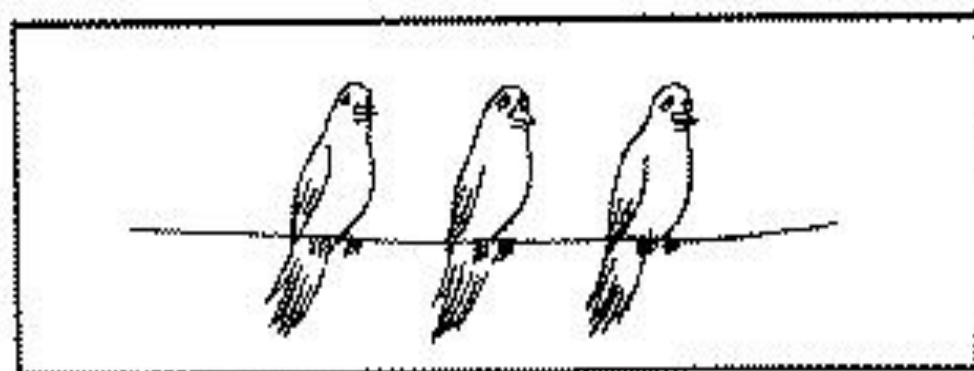
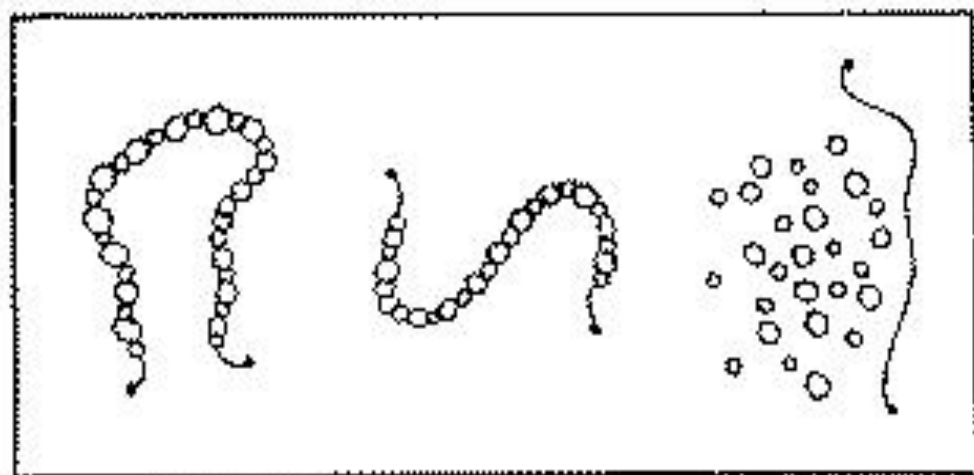
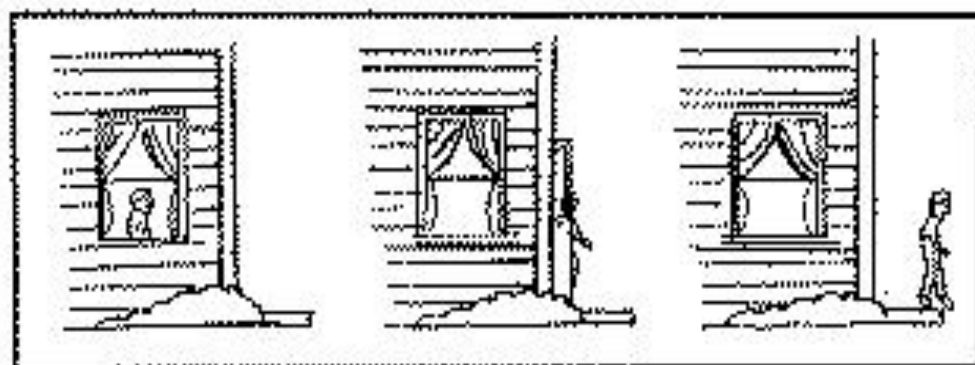


Lámina 17 b



Evaluación inicial de lectura

1º de Educación Primaria



Instrucciones para la aplicación y
hoja de recogida de resultados

PRESENTACIÓN

Con la aplicación y valoración de la prueba se pretende que las maestras de primero puedan tener una visión general de cuál es el nivel que presenta el alumnado en actividades que guardan una relación estrecha con el aprendizaje sistemático de la lectura como son las habilidades para poder jugar con los sonidos del lenguaje, la identificación/lectura de letras y la identificación/lectura de palabras. Esta prueba puede complementarse con la aplicación de otras actividades de lectura presentadas en otros formatos en casos individuales.

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN

RIMAS-SÍLABA INICIAL

- Nombrar los dibujos de la primera fila conjuntamente con los alumnos para que no haya dudas sobre lo que representan.
- Explicar que el dibujo que está a la izquierda encerrado en el recuadro, empieza con el sonido “O” O-SO.
- Los alumnos deberán encerrar en un círculo aquel dibujo de los que se encuentran a la derecha que comienzan también con el sonido “O”
- Repetir con el resto de los dibujos:

OSO – OJO – MONO – ARBOL

RELOJ – JAULA – BOMBILLO – REGALO

CAMA – CARACOL – COHETE – MOCHILA

ANILLO – AVIÓN – MANO – DADO

RIMAS-SÍLABA FINAL

- Nombrar los dibujos de la primera fila conjuntamente con los alumnos para que no haya dudas sobre lo que representan.
- Explicar que el dibujo que está a la izquierda encerrado en el recuadro, termina con el sonido “NA” VEN-TA-NA

- Los alumnos deberán encerrar en un círculo aquel dibujo de los que se encuentran a la derecha que comienzan también con el sonido “NA”
- Repetir con el resto de los dibujos:
CAMPANA – VENTANA – VACA – TARTA
FOCA – BICICLETA – BOCA – NIÑO
HUESO – LLAVE – PERRO – QUESO
CORAZÓN – SERPIENTE – RELOJ – LEÓN

INTEGRAR FONEMAS E IDENTIFICAR PALABRA

Esta es una prueba complementaria porque es difícil de pasar colectivamente ya que los resultados pueden no ser fiables por la tendencia de los niños a decir en alto el nombre de los dibujos. Es mejor aplicarla individualmente si se cree conveniente.

Las instrucciones son sencillas: se elige uno de los dibujos de cada fila y se dice en voz alta pronunciando los sonidos individualmente. Los niños deberán de acertar el nombre que se dice y señalarlo.

L – E – O – N

B – O – C – A

P – A – T – O

D – A – D – O

SEPARAR PALABRAS EN SÍLABAS

Escribir una cruz por cada una de las sílabas (palmadas) en las que puede descomponerse cada palabra.

MA-RI-PO-SA

VEN-TA-NA

PAL-ME-RA

HI-PO-PO-TA-MO

BI-CI-CLE-TA

IDENTIFICAR LA PRIMERA SÍLABA DE CADA PALABRA

Se pide rodear con un círculo la sílaba escrita que se corresponde con la primera sílaba del nombre del dibujo:

MO (moto)

SO (sopa)

TE (tele)

PA (pato)

LE (lee)

RO (rosa)

IDENTIFICAR LA PALABRA – (letra ligada)

Se pide rodear con un círculo la palabra escrita que se corresponde con el dibujo.

IDENTIFICAR LA PALABRA (letra mayúscula)

Idem que anterior, pero las palabras están escritas con letra mayúscula.

Grupo: _____ curso acad.: _____

c. fonológica

lectura

observaciones

Nº	Nombre	Rimas s. inic.	Rimas s. final	Integr. Fonem.	Separ. Sílabas.	Sílabas	Palabras Min.	Palabras Mayusc.	

Evaluación inicial de lectura

1º de Educación Primaria



Nombre: _____

Fecha: _____ grupo: _____

Nombre: _____



□

□

□

□



□

□

□



□

□

□



□

□

□



□

□

□

□



□

□

□



□

□

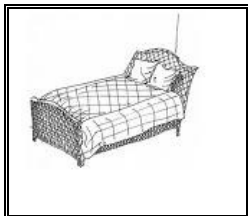
□



□

□

□



□

□

□

□



□

□

□



□

□

□



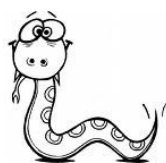
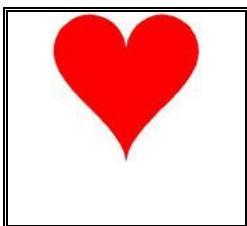
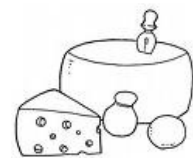
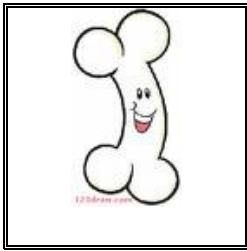
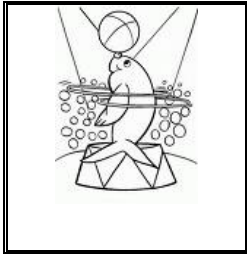
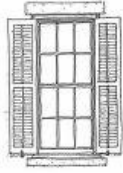
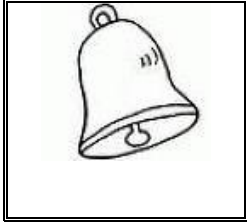
□

□

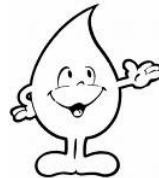
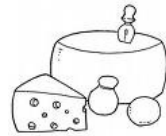
□



Nombre: _____

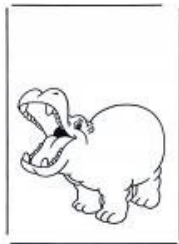
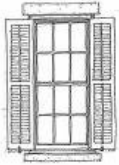


Nombre: _____




Separar palabras en sílabas (dibujar una cruz por cada sílaba-palmada)


Nombre: _____





Identificar la primera sílaba de la palabra


Nombre: _____

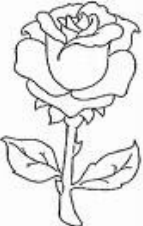
			
so	mo	po	lo

			
po	to	ro	so

			
de	ne	te	fe

			
da	pa	la	cha

			
me	re	le	se

			
fo	lo	co	ro

Identificar la palabra – letra ligada que se corresponde al dibujo (rodear la palabra)

Nombre: _____



memo

mamu

mama



palo

paloma

Poma



mate

tome

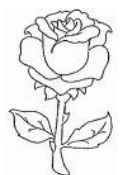
Tomate



Sole

Susi

Susa



sosa

rasi

rosa

Identificar la palabra mayúscula que se corresponde al dibujo (rodear la palabra)

Nombre: _____



MUMI

MIMI

MAME



PALO

PILA

PELO



MOTO

METE

MATO



SASA

SESO

SUSO



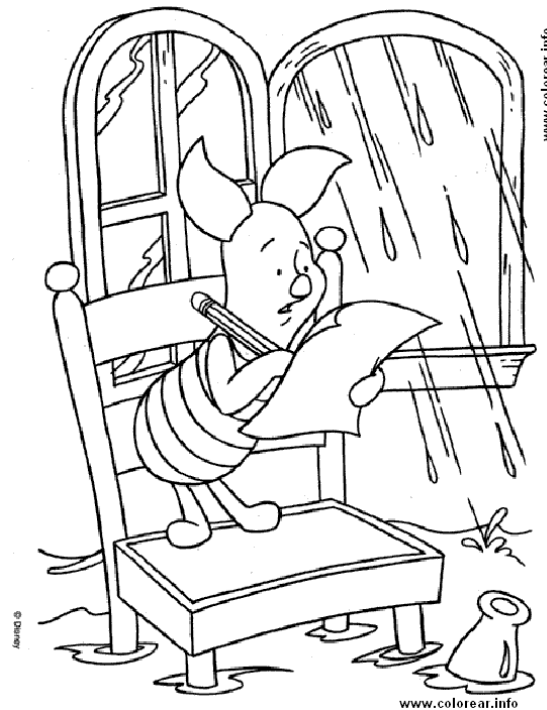
SARI

RISA

RASI

Evaluación inicial de la escritura

1º de Educación Primaria



Instrucciones para la aplicación y
hoja de recogida de resultados

PRESENTACIÓN

Con la aplicación y valoración de la prueba se pretende que las maestras de primero puedan tener una visión general de cuál es el nivel que presenta el alumnado en actividades que guardan una relación estrecha con el aprendizaje sistemático de la escritura como son los procesos motores y léxicos (escritura de letras y palabras sencillas). Esta prueba puede complementarse con la aplicación de otras actividades de escritura presentadas en otros formatos en casos individuales.

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN

GRAFOMOTRICIDAD

Repasar los dibujos punteados.

COPIA 1

Copiar las palabras que acompañan a los dibujos.

COPIA 2

Copiar la frase de diversas maneras: repasar en puntos, pauta y en espacio en blanco.

ESCRIBIR VOCALES

Escribir la letra inicial de los dibujos:

I (INDIO) A (AMIGOS) O (OSO) E (ELEFANTE) U (UNO)

ESCRIBIR CONSONANTES

Escribir la consonante asociada a los dibujos:

Moto : RRRRRR (ruido del motor)

Miky: LA LA LA (cantando)

Niño: SSSSS (silencio)

Hombre : TTTTÚ (señalado)

Silbato: PPPI (pitido)

Madre: MMMM (arrullo)

ESCRIBIR PALABRAS

MOTO , SOPA, PATO, TOMATE, PITO, MAMÁ

Grupo: _____ curso acad.: _____

		PROCESOS MOTORES			PROCESOS LÉXICOS			observaciones
Nº	Nombre	Grafom	Copia 1	Copia 2	Vocales	Conson.	Palabras	

Evaluación inicial de escritura







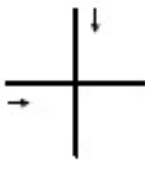



































1º de Educación Primaria



Nombre: _____

grafomotricidad

Nombre: _____

Nombre: _____

copia 1



El oso



La mano



El pato



La sopa



La tele



La moto



Copia 2

Nombre: _____



Los niños del mundo



Los niños del mundo

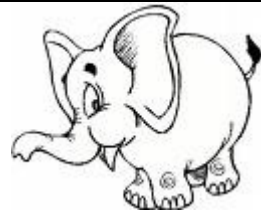


q q q q q q q q q q q q q q q



escribir vocales

Nombre: _____



escribir consonantes

Nombre: _____



escribir palabras

Nombre: _____

