



# **Universidad Pedagógica Nacional**

## **Unidad Ajusco**

### **Programa para desarrollar habilidades de autocuidado en un niño con Parálisis Cerebral Estudio de caso.**

Tesis en la modalidad de  
Intervención psicopedagógica  
que presenta  
Ana Dorit Ruíz López

Asesora  
Dra. Haydée Pedraza Medina

Jurado de examen  
Presidenta Lic. María Eugenia de Lourdes Dorantes Guevara  
Secretaria Dra. Haydée Pedraza Medina  
Vocal Lic. Alba Yanalte Álvarez Mejía  
Suplente Mtro. Alejandro Octavio Delgado Caballero

México, D. F.

Septiembre de 2012.

# ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>ÍINTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2</b>
<b>PARÁLISIS CEREBRAL .....</b>	<b>5</b>
ANTECEDENTES .....	5
DEFINICIÓN.....	6
BASES BIOLÓGICAS .....	7
TIPOS DE PARÁLISIS CEREBRAL.....	9
DIAGNÓSTICO .....	13
ETIOLOGÍA Y PREVALENCIA.....	16
TRATAMIENTO .....	18
<b>DESARROLLO DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL.....</b>	<b>22</b>
DESARROLLO MOTOR .....	22
DESARROLLO DEL LENGUAJE.....	25
DESARROLLO SOCIAL.....	27
DESARROLLO COGNOSCITIVO .....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.9
TRASTORNOS ASOCIADOS A LA PC .....	31
<b>HABILIDADES DE AUTOCUIDADO.....</b>	<b>33</b>
ADQUISICIÓN DE HABILIDADES FUNCIONALES DE AUTOCUIDADO .....	34
ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES DE AUTOCUIDADO .....	36
ALIMENTACIÓN .....	36
VESTIDO .....	38
ASEO Y ARREGLO PERSONAL .....	38
CONTROL DE ESFÍNTERES .....	40
TÉCNICAS PARA LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA.....	41
<b>MÉTODO .....</b>	<b>44</b>
OBJETIVO GENERAL.....	44
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	44
VARIABLES .....	44
TIPO DE TRABAJO .....	45
CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL CASO .....	45
SUJETO .....	46
ESCENARIO .....	46
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN .....	47
ENTREVISTA CLÍNICA .....	47
INVENTARIO DE HABILIDADES BÁSICAS .....	48
INVENTARIO DE LAS HABILIDADES DE AUTOCUIDADO .....	51
PROGRAMA DE HABILIDADES DE AUTOCUIDADO .....	51
PROCEDIMIENTO. ....	55
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	56
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>58</b>
ENTREVISTA CLÍNICA .....	58
INVENTARIO DE HABILIDADES BÁSICAS IHB .....	62
INVENTARIO DE HABILIDADES DE AUTOCUIDADO IHA.....	67
ALIMENTACIÓN .....	67
ASEO Y ARREGLO PERSONAL.....	68

USO DEL SANITARIO .....	69
ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES DE AUTOCUIDADO .....	70
ALIMENTACIÓN.....	70
ASEO Y ARREGLO PERSONAL .....	74
USO DEL SANITARIO .....	82
EVALUACIÓN FINAL DE HABILIDADES DE AUTOCUIDADO .....	83
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>86</b>
<b>LIMITACIONES Y SUGERENCIAS .....</b>	<b>90</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>93</b>
ANEXO.....	96
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	97
ENTREVISTA CLÍNICA .....	98
INVENTARIO DE HABILIDADES DE AUTOCUIDADO DE BAKER Y BRIGHTMAN .....	105
PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES DE AUTOCUIDADO .....	109
REGISTRO DE EVACUACIÓN .....	128
REGISTRO CONDUCTUAL .....	129

## INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

### TABLAS

Tabla 1. Evaluación multiaxial.....	14
Tabla 2. Desarrollo motor del niño con PC comparado con el del niño normal.....	23
Tabla 3. Desarrollo del lenguaje del niño con PC comparado con el del niño normal.....	25
Tabla 4. Desarrollo social del niño con PC comparado con el del niño normal. ....	28
Tabla 5. Desarrollo cognoscitivo del niño con PC comparado don el del niño normal.....	30
Tabla 6. Técnicas para la modificación de la conducta.....	41
Tabla 7. Indicadores de las habilidades de auticuidado.....	45
Tabla 8. Datos de la entrevista.....	48
Tabla 9. Inventario de habilidades básicas de Macotela y Romay (1992).....	50
Tabla 10. Datos socioeconómicos de la familia de Juan.....	60
tabla 11. Desarrollo intelectual.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 12. Desarrollo psicomotor.....	63
Tabla 13. Desarrollo de la competencia lingüística ...	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 14. Ddesarrollo de la adaptación social.....	64
Tabla 15. Desarrollo de los aspectos emocionales.....	65
Tabla 16. Desarrollo del área personal-social: Autocuidado.....	65

### FIGURAS

Figura 1. Áreas en la corteza cerebral en donde se localizan las neuronas relacionadas a las distintas funciones.....	9
Figura 2. Evaluación inicial de las habilidades básicas.....	66
Figura 3. Evaluación inicial de las habilidades de alimentación.....	68
Figura 4. Evaluación inicial de las habilidades de aseo y arreglo personal	<b>¡Error! Marcador no d</b>
Figura 5. Evaluación inicial de las habilidades para el uso del sanitario.....	69
Figura 6 y 7. Avances y actividades de comer con cuchara.....	71
Figura 8 y 9. Avances y actividades de comer con tenedor.....	73
Figura 10 y 11. Avances y actividades de cortar con cuchillo.....	74
Figura 12 y 13. Avances y actividades para lavarse las manos.....	75
Figura 14 y 15. Avances y actividades para secarse las manos.....	77
Figura 16 y 17. Avances y actividades de lavarse la cara.....	78
Figura 18 y 19. Avances y actividades de cepillarse el cabello.....	79
Figura 20 y 21. Avances y actividades de cepillarse los dientes.....	81
Figura 22 y 23. Avances en el entrenamiento del control urinario y de la defecación.....	83
Figura 24. Resultado de la evaluación final de las habilidades de alimentación.....	84
Figura 25. Evaluación final de las habilidades de aseo y arreglo personal.....	85
Figura 26. Evaluación final de las habilidades del uso del sanitario.....	85

## DEDICATORIA

A Dios:

Por haberme permitido llegar hasta donde estoy, por darme la salud, el amor y la fortaleza para continuar y no morir en el intento.

A mi madre Elena:

Por ser una guerrera admirable, por todo su amor, sacrificio, tenacidad y lucha insaciable y por siempre creer en mí a pesar de mis errores. A quien le debo todo lo que soy.

A mi padre René:

Quien ha velado por mi bienestar y educación siendo mi ejemplo a seguir. Por sus consejos y valores, que me ha permitido ser una persona de bien.

A mi pequeño Sebas mi estrellita:

Mi motorcito de vida, por el sacrificio de haberlo compartido con mis estudios restándole tiempo a sus cuidados. Por enseñarme a vivir y por ser mi mayor impulso para luchar por este sueño.

A mi compañero de vida Miguel:

Por ser el gran profesional y persona que ha entrado en mi vida en la última fase de la tesis. Por todo el apoyo. Por que ha sido mi fortaleza en momentos de decline y por enseñarme a luchar por los sueños.

*A ellos este proyecto, pues sin su apoyo, no hubiese podido ser, los amo con el alma.*

## **AGRADECIMIENTO**

A mi asesora de Tesis la Doc. Hayddé Pedraza, gracias por toda la paciencia, confianza y enseñanza, por guiarme y orientarme durante todo el camino. Por creer en mi y no dudar de mi capacidad.

A mi niño Juan parte fundamental de este proyecto y a su familia, gracias por permitirme trabajar a su lado, por su valioso empeño, dedicación y esfuerzo día con día para la culminación de este sueño compartido.

A mis sinodales la Prof. Yanalte Álvarez, el Prof. Alejandro Delgado y a la Prof. María Eugenia Dorantes, por sus aportes que dieron claridad y sustento a la tesis. En especial agradezco el apoyo de la Prof. Dorantes, ya que sin sus acotaciones no hubiese culminado el proyecto de tal manera.

A mis hermanos Susi, Axel, Valeria y Diego, agradezco el apoyo incondicional que siempre me brindaron sin pedir nada a cambio, gracias por cuidar de mi hijo en mis ausencias y por ser mi soporte, los amo.

Por último un eterno agradecimiento a mí muy querida universidad la cual me abrió sus puertas, preparándome para un futuro competitivo y formándome como persona de bien. Hoy dejo el pupitre para luchar por un lugar allá afuera.

*A todos ellos ¡GRACIAS!*

"Para el logro del triunfo siempre ha sido indispensable pasar por la senda de los sacrificios." Simón Bolívar

## RESUMEN

La parálisis cerebral (PC) se refiere a un grupo de trastornos del desarrollo psicomotor que causan limitaciones en la actividad. Se atribuye a una lesión en alguna o varias áreas del cerebro. Entre las dificultades que genera se encuentra el bajo nivel de autonomía para poder llevar a cabo de manera independiente las habilidades del cuidado personal debido a los desórdenes psicomotrices, tales como: ir al baño, asearse, arreglarse, vestirse y comer sin ayuda.

El objetivo del presente trabajo fue aplicar un programa de intervención para desarrollar habilidades de autocuidado en un niño de 11 años de edad con diagnóstico de PC moderada con tetraparesia espástica. Para el seguimiento del caso, primero se realizó una evaluación diagnóstica, en la cual se identificaron las fortalezas y debilidades que el niño presentaba respecto a las habilidades básicas. Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista clínica y el Inventario de Habilidades Básicas (IHB) de Macotella y Romay (1992), demostrando que las habilidades de autocuidado eran las prioritarias a entrenar. Posteriormente, se realizó la evaluación y estableció la línea base específicamente de alimentación, aseo y arreglo personal y uso del sanitario, utilizando el Inventario de Habilidades de Autocuidado (IHA) de Baker y Brightman (2002).

A partir de los resultados de la evaluación se implementó el programa de habilidades de autocuidado desarrollado por Baker y Brightman (2002) hasta que se cumplió el 100% de los pasos, en la medida de las posibilidades psicomotrices y de contexto del sujeto. La valoración de la eficacia y del impacto del programa mostró un avance significativo en cuanto a la autonomía de las habilidades de autocuidado, ya que en un inicio era notable que el sujeto no presentaba estas habilidades lo cual repercutía en su desarrollo.

## INTRODUCCIÓN

Durante muchos años se ha considerado y etiquetado a las personas con parálisis cerebral (PC), como sujetos deficientes con trastornos severos que no podían hacer algo por sí mismos de forma independiente, pues se pensaba que un individuo con dificultades motoras no tenía la capacidad para desarrollar habilidades que le permitieran ser una persona autosuficiente. Esta actitud segregadora y cruel, prueba que la verdadera discapacidad está en quienes no pueden demostrar lo que realmente son capaces de hacer por sí solas estas personas, al vivir en una sociedad que impone barreras.

Muchos padres de niños con PC se muestran desesperanzados y con la profunda incertidumbre del futuro de sus hijos, ya que constantemente se enfrentan a incógnitas sin respuesta, como ¿qué será de mi hijo cuando yo muera? ¿quién se ocupará de él?, ¿quién velará por su bienestar, si no se puede valer por sí mismo? ¿quién si sólo me tiene a mí?.

Las ideas relacionadas a que no puede valerse por sí mismo, son las que realmente limitan al niño para crecer de forma independiente, pues no se espera que pueda llegar a desarrollar ciertas habilidades. Sin embargo, en la actualidad hay esperanza para estos casos al existir programas que habilitan a los niños en el cuidado personal indispensable para la vida autónoma, entre otras cosas.

La PC ha recorrido un largo camino para lograr una definición precisa y unificada. Puyuelo (2000) y Bobath (1986) coinciden en que es un trastorno del movimiento y la postura, causado por una lesión en el cerebro que afecta las habilidades básicas del individuo, limitando su participación e integración social.

Hablar de PC es tratar uno de los temas más interesantes por todo lo que el término engloba, éste concentra un grupo de diferentes condiciones en la persona

que la padece; es por ello, que surge la inquietud por explorar este tópico. Es crucial implementar programas que desarrollen habilidades para el cuidado personal, cuya ausencia no permite a las personas con PC funcionar de forma autónoma. Por lo anterior, el presente trabajo tuvo como finalidad aplicar y valorar la eficacia del Programa de Autocuidado de Baker y Brightman (2002), el cual se implementó utilizando las técnicas de modificación de la conducta. El trabajo se encuentra estructurado de la siguiente forma:

En el primer apartado se abordan los antecedentes y definición de la PC, sus bases biológicas, tipología, diagnóstico, etiología y prevalencia, así como el tratamiento para las personas con este trastorno.

En el segundo apartado se describe el desarrollo del niño con parálisis cerebral proporcionando como punto de comparación el desarrollo del niño normal, se incluye el desarrollo de las áreas: motora, del lenguaje, social y cognoscitiva. Finalmente en este rubro se abordan los trastornos asociados a la PC.

El tercer apartado trata sobre las habilidades de autocuidado. Comprende su conceptualización, características y entrenamiento, principalmente de las habilidades de alimentación, vestido, aseo, arreglo personal y control de esfínteres, tomando en consideración las técnicas de modificación de la conducta que se usan frecuentemente para desarrollar este tipo de habilidades.

En el cuarto apartado se encuentra el método que se utilizó para realizar el presente trabajo de intervención. Engloba los objetivos, las variables tratadas, los criterios de selección del caso, los instrumentos empleados que incluyen: la entrevista clínica y el Inventario de Habilidades Básicas de Macotela y Romay (1992), así como el Inventario y el Programa de Habilidades de Autocuidado diseñados por Baker y Brightman (2002). Finalmente, se adjuntan las consideraciones éticas que se tomaron en cuenta para la implementación del mismo.

El quinto apartado, expone los resultados obtenidos a partir de la evaluación diagnóstica y del entrenamiento de las habilidades de autocuidado que incluye: alimentación, aseo, arreglo personal y uso del sanitario, así como la evaluación final que se llevó a cabo después de la implementación del programa de intervención.

A continuación se encuentran las conclusiones expresadas a la luz del desarrollo teórico y empírico expuesto a lo largo de la tesis. En este apartado se resaltan algunas limitantes que surgieron durante el desarrollo de la misma, al igual que algunas sugerencias para futuros proyectos.

En la parte final del trabajo se encuentran la lista de las referencias que se utilizaron para fundamentarlo, así como el anexo que comprende: la carta de consentimiento informado, la entrevista clínica utilizada, el Inventario de Habilidades de Autocuidado y el Programa para el Desarrollo de Habilidades de Autocuidado, ambos de Baker y Brightman (2002), y los formatos de los registros de evaluación y conductual.

## PARÁLISIS CEREBRAL

### ***Antecedentes***

Desde la antigüedad y hasta nuestros días han existido niños con parálisis cerebral (PC). Según Busto (1988), antiguamente éstos eran rechazados y segregados por ser considerados anormales para la sociedad. La gente realmente sabía muy poco acerca de esta alteración motora, por lo que se limitaba a considerarla como una deficiencia severa y cruda en el individuo, puesto que sus capacidades según especulaciones de muchos, eran limitadas y escasas respecto a la exigencia social. Sin embargo, a lo largo del tiempo se ha venido logrando aunque a pasos lentos, la sensibilización y concientización en la mayoría de la gente acerca de la PC. En este sentido, dicho autor menciona lo siguiente:

La gente observa que hay personas <<distintas a las demás>>, distintas por su marcha incoordinada y precaria, por sus exagerados movimientos con los brazos y las manos, por sus muecas constantes y por su dificultad en comer y en el hablar. Sin embargo, el paralítico cerebral, en general, es una persona con posibilidades intelectuales y mentales, con ilusiones, con ganas de vivir y ser querida, comprendida y atendida como las otras (p. 13).

Por lo tanto, han ido quedando atrás las acotaciones crueles en contra de las personas con PC, que sólo contemplaban la apariencia física del individuo, comparando sus limitaciones con la conducta motora normal y dejando de lado los aspectos emocionales de cada persona. Busto (1988) refiere que a lo largo de este proceso de concientización, un grupo de padres de niños con PC que buscaban un sitio que pudiera atender a sus hijos, al no encontrarlo y verse desamparados, crean en España, la Asociación de la Parálisis Cerebral (ASPACE), pues toda persona a pesar de tener cualquier deficiencia, discapacidad o minusvalía, tiene el derecho de atención, de una respuesta educativa y un desarrollo único e integral.

En un comienzo, el cirujano William Little (citado en Busto, 1988) considerado el pionero de la PC, denominó a esta alteración como diplejía espástica y posteriormente en 1959, se le asignó el nombre con la que se le conoce en la

actualidad, parálisis cerebral o PC. Es importante destacar que el término desde entonces no ha sufrido cambios conceptuales radicales, pues siempre ha seguido la misma línea conceptual, sin embargo la definición concreta y unificada de PC se ha venido delineando y detallando con los años.

### ***Definición***

El término de PC engloba una serie de trastornos de la función motora. Busto (1988) y Puyuelo (2000) coinciden en que la causa se debe a una lesión en el sistema nervioso central (SNC). Al respecto, “la lesión cerebral no es progresiva y causa un deterioro variable de la coordinación de la acción muscular, con la resultante incapacidad del niño para mantener posturas normales y realizar movimientos normales” (Bobath, 1986, p.13).

Son numerosas las definiciones sobre este término, sin embargo Bobath (1986), Busto (1988) y Puyuelo (2000) concuerdan en que la PC se distingue por tres características principales:

- La presencia de trastornos patológicos causados por una lesión en el SNC antes del desarrollo total del cerebro, es decir, antes de los dos o tres años de vida.
- Se ven afectadas principalmente las funciones motoras relacionadas a la postura, el tono y el movimiento.
- La lesión permanece y no evoluciona con el tiempo.

Puyuelo (2000) al definir el término de PC hace una mención muy importante, pues dice que no hay dos personas con el mismo diagnóstico ni con características idénticas, pues una puede estar afectada de manera más significativa que la otra; es decir, las características de cada sujeto con PC varían, ya que pueden ir desde dificultades leves casi imperceptibles al mover un brazo, un pie, una mano o en los movimientos para comer, hasta alteraciones más severas en los que el sujeto no puede sostener su cuerpo y le impiden desplazarse de un lugar a otro, problemas

en la motricidad fina y gruesa, en el habla, etc.

### ***Bases biológicas***

Para una mayor comprensión del origen de la PC, es importante entender que la lesión se haya en el sistema nervioso central (SNC). Atkinson (1989) afirma que el sistema nervioso (SN) es la herramienta que utiliza el ser vivo para reaccionar ante el medio ambiente. Éste se vincula con actividades motoras, sensitivas, intelectuales y emocionales, por lo que cualquier alteración puede afectar a una o a todas las funciones vitales. El SNC se compone de dos partes: encéfalo y médula espinal. Durante el desarrollo del SNC primero se forma el tubo neural que después evoluciona y forma la médula espinal, seguidamente se forma el encéfalo con unas curvaturas que distinguen las regiones del cerebro y los hemisferios cerebrales (Atkinson y McCarthy, 1989).

Ahora bien, Atkinson (1989) menciona que el funcionamiento del SN ocurre gracias a las neuronas, ya que éstas se interconectan una con otra (sinapsis) transportando información en forma de impulsos (señales) a las diferentes partes del cuerpo. Su funcionamiento es esencial para explicar prácticamente todas las acciones de éste, desde las más sencillas como ordenar a los músculos que se contraigan y se relajen en forma coordinada para llevar a cabo un movimiento, hasta las más complicadas tareas intelectuales, pasando también por las funciones que originan, controlan y regulan las emociones. Particularmente, las neuronas motoras conducen impulsos nerviosos desde el SNC hacia los músculos, su labor es participar en funciones corporales como la contracción de la musculatura (Fig. 1.).

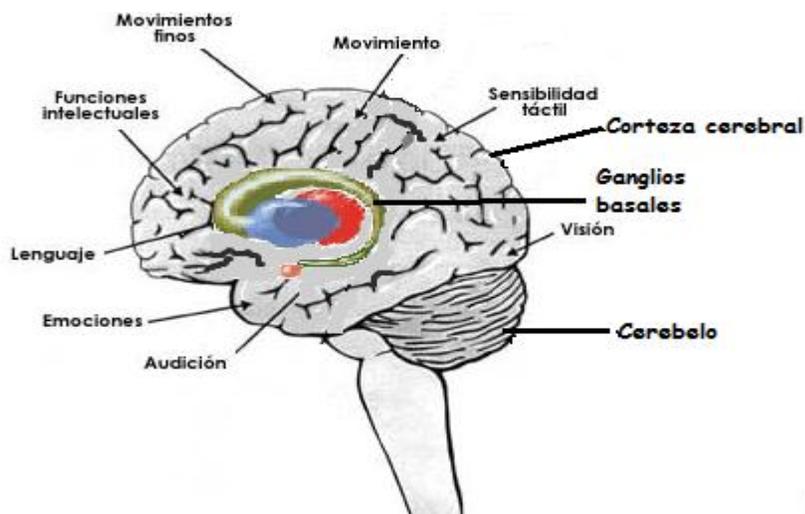
La médula espinal que se encuentra en el centro de la columna vertebral, tiene la función de trasladar los impulsos sensoriales hasta el cerebro y los motores hasta los músculos, una vez que esto sucede, los centros del cerebro mandan impulsos para estimular los músculos. Sin embargo como señala Puyuelo (2000), un niño con PC confunde los mensajes que van del cerebro a los músculos y la información que

llega a éste, ello significa que parte de su cerebro o bien no funciona correctamente o no se ha desarrollado con normalidad, provocando afectaciones motrices que obstaculizan el desarrollo normal del niño.

Atkinson (1989) menciona que las personas que sufren de trastornos neurológicos presentan problemas motores, ya que las neuronas del SNC encargadas de la función motora no llevan la información ni el estímulo suficiente a los músculos, provocando dificultades para moverse, mantener el equilibrio, la coordinación y la postura.

Específicamente hablando de las estructuras del encéfalo relacionadas a la conducta motora en donde pudiese encontrarse la lesión relacionada a la PC, se destacan: la *corteza cerebral* que interpreta las sensaciones, elabora las respuestas conscientes, controla los movimientos voluntarios y es la base del aprendizaje, la memoria y la inteligencia; los *ganglios basales* que se asocian fundamentalmente con los movimientos realizados de forma principalmente inconsciente, esto es, aquellos que involucran al cuerpo entero en tareas rutinarias o cotidianas; y el *cerebelo* que desempeña un papel regulador en la coordinación de la actividad muscular, el mantenimiento del tono muscular y la conservación del equilibrio, por ello, lesiones en esta estructura causan desórdenes relacionados con la ejecución de los movimientos precisos, el mantenimiento del equilibrio, el control de la postura y el aprendizaje motor.

Por lo tanto, es importante una atención temprana cuando sea detectada la PC, puesto que hay esperanza de que las funciones se recuperen, gracias a lo que se conoce como plasticidad cerebral. Para Puyuelo (2000), durante el proceso de maduración del cerebro, la plasticidad va a permitir que la lesión del SNC se reestructure o se sustituya, en este sentido, va a permitir que las regiones sanas del cerebro replacen la función de las regiones dañadas.



**Figura 1.** Áreas de la corteza cerebral en donde se localizan las neuronas relacionadas a las distintas funciones (tomado de Atkinson, 1989).

### ***Tipos de parálisis cerebral***

Para la clasificación de la PC se han propuesto dos formas, una por el tipo de PC y la otra por la zona del cuerpo afectada. En la primera clasificación concuerdan Busto (1988), Puyuelo (2000), McCarthy (1989) y Sánchez (2001) en que existen cuatro tipos, los cuales son: *PC espástica*, *PC atetósica*, *PC atáxica* y *PC mixta*. A continuación se describen brevemente cada una, según estos autores:

- *PC espástica*. La espasticidad se caracteriza por hipertonía muscular (exceso de tono muscular) que se manifiesta por espasmos. La provoca el daño en las neuronas motoras que se encuentran en la *corteza cerebral*. Este tipo de PC se distingue porque al momento de realizar una actividad, el tono muscular aumenta considerablemente provocando movimientos rígidos, toscos, tensos y lentos; aquí es importante mencionar que la espasticidad es más brusca en las piernas y en los brazos. En general, este tipo de PC se caracteriza por un descontrol y limitación en algunos o todos los músculos que se encuentran tensos y débiles, el lenguaje es difícil de comprender pues se hacen largas pausas al hablar, la lengua tiene poca movilidad siendo

tarda e hipertónica, la saliva se derrama por las esquinas de los labios, se respira por la boca y el rostro es inexpresivo.

Gómez, Parcero y Puente (1999) indican que la PC espástica se divide en dos tipos: de espasticidad grave y de espasticidad moderada. La espasticidad grave se caracteriza por un aumento exagerado del tono muscular que dificulta el dominio de los músculos; la espasticidad moderada se origina cuando el cuerpo está en reposo y sin movilidad, pero si éste se mueve, ocasiona un aumento del tono muscular mayor que en la espasticidad grave, afectando considerablemente el equilibrio de la persona.

- *PC atetósica*. La atetosis significa trastorno caracterizado por movimientos continuos involuntarios. Su origen se sitúa en los *ganglios basales*. Se distingue por movimientos incesantes que empeoran con la fatiga y las emociones, dichos movimientos se aminoran cuando el cuerpo está en reposo y cesan mientras el sujeto está dormido. En general, las personas con este tipo de PC se caracterizan por mostrar: un descontrol del movimiento, los brazos y las piernas se mueven mucho y sin control, los músculos cambian velozmente de la flacidez a la tensión, el lenguaje es difícil de comprender porque tienen dificultad para controlar la lengua, la respiración y la fonación por lo que la voz se escucha como un quejido, manifiestan dificultad para la masticación y se observan muecas toscas en el rostro.

Gómez et al. (1999) indican que este tipo de PC se clasifica en dos tipos de atetosis: atetosis distónica y atetosis con espasticidad. En la primera se presentan movimientos involuntarios e incesantes que ocurren contra la voluntad del individuo y en la segunda lo usual es un predominio de la atetosis con una espasticidad leve. Es importante destacar que un gran porcentaje de personas con este tipo de PC, tiene un coeficiente intelectual por arriba de lo normal.

- *PC atáxica*. Ataxia significa trastorno de los movimientos voluntarios. El daño se sitúa en el *cerebelo*. Se distingue por un descontrol y anormalidad a la hora que la persona trata de coordinar y dirigir sus movimientos y el equilibrio. En general, las personas con este tipo de PC se caracterizan porque difícilmente logran mantener el equilibrio de su cuerpo, sus movimientos son torpes, lentos y sin dirección, no miden su fuerza por lo que se sienten inseguros e inestables y con miedo a moverse por lo que sólo se limitan a hacer aquellos movimientos con los que se sienten seguros, sus músculos son flácidos y menos tensos, sus manos son temblorosas, su lenguaje es difícil de comprender porque es entrecortado y al hablar su voz apenas se escucha. En este tipo de PC es común el retraso mental.
- *PC mixta*. En esta se combinan uno o varios de los distintos tipos de PC presentes en una misma persona, por ejemplo se puede mezclar una PC espástica con una PC atetósica, o bien, una PC espástica con una PC atáxica, incluso puede haber una asociación de los tres tipos de PC a la vez, espástica-atetósica-atáxica. En el caso de la PC espástica con PC atetósica, la movilidad es mayor, sin embargo la atetosis resulta perjudicial para la motricidad fina y gruesa. Cuando la PC espástica va acompañada de la PC atáxica, los movimientos son rígidos y con gran dureza, por lo cual la persona al mover por ejemplo un brazo, éste no vuelve a su posición original debido a la rigidez de sus músculos, también se destaca el exceso de tono muscular. En general, las formas de parálisis mixtas son casos graves con serios problemas en todos los niveles.

En la clasificación por la zona afectada, cada uno de los tipos de PC expuestos anteriormente pueden afectar distintas partes del cuerpo ocasionando una parálisis parcial, o bien, una parálisis completa. Sánchez (2001) utiliza los siguientes términos que llevan el sufijo *plejía*, cuyo significado es parálisis total, para representar las zonas del cuerpo afectadas:

- *Hemiplejía*. Parálisis total en un sólo lado del cuerpo, ya sea el derecho o el izquierdo, siendo la extremidad superior (brazo) el miembro más afectado.
- *Monoplejía*. Parálisis total en una sola extremidad del cuerpo (brazo o pierna), cabe mencionar que estos casos son poco comunes.
- *Diplejía*. Parálisis total en dos extremidades del cuerpo, principalmente hay mayor afectación en las extremidades superiores (brazos).
- *Tetraplejía*. Parálisis total en las cuatro extremidades del cuerpo (los dos brazos y las dos piernas) incluyendo el tronco, con predominio de las extremidades superiores (brazos) y de la parte superior del cuerpo, afectando mayormente el control de la cabeza.
- *Paraplejía*. Parálisis total en dos extremidades, hay mayor afectación en las extremidades inferiores (piernas).

Cuando existe en la persona con PC algún tipo de movilidad en ciertas partes del cuerpo, se dice que tiene una parálisis parcial o incompleta. Al respecto, Sánchez (2001) utiliza los siguientes términos con el sufijo *paresia* que significa parálisis leve o parcial para representar las zonas del cuerpo afectadas:

- *Hemiparesia*. Parálisis leve o parcial de un sólo lado del cuerpo, ya sea el lado derecho o el lado izquierdo.
- *Monoparesia*. Parálisis leve o parcial de una sola extremidad del cuerpo (brazo o pierna).
- *Tetraparesia*. Parálisis leve o parcial de las cuatro extremidades del cuerpo (los dos brazos y las dos piernas).
- *Paraparesia*. Parálisis leve o parcial de dos extremidades, sean superiores (brazos) o inferiores (piernas), cabe mencionar que hay mayor movilidad en las piernas.

## ***Diagnóstico***

Durante años se concibió al diagnóstico temprano de los niños con PC como algo imposible. Sin embargo, según McCarthy (1989), a lo largo del tiempo se pudo determinar que es posible observar anormalidad neurológica desde los primeros días de nacido a través de una evaluación cuidadosa del comportamiento de los reflejos, las reacciones neonatales y el tono muscular. En la actualidad se han determinado ciertos criterios para diagnosticar la PC con vistas pronóstica y de tratamiento. Pichot (1995) señala que el DSM-IV ofrece respecto a la PC, criterios diagnósticos compatibles con el CIE-10 que maneja la Organización Mundial de la Salud (1995).

El DSM-IV ubica a la PC en un grupo de trastornos de las habilidades motoras y el CIE-10 en un grupo de trastornos de desarrollo motor debido a lesión y disfunción cerebral. Es importante mencionar que en ambos se considera a la PC como una enfermedad del sistema nervioso, por lo que se descarta la posibilidad de ser concebido como un trastorno mental.

El DSM-IV indica que la conducta motora de una persona con PC se sitúa por debajo de lo esperado en relación a la edad cronológica normal (citado en Pichot, 1995). El diagnóstico de dicho trastorno depende principalmente de que exista la evidencia de un daño neurológico y de la presencia de un impedimento en el control motor del cuerpo. Para realizar éste se comprueba la lesión, buscando anormalidades en la exploración neurológica, se evalúa el tono muscular del niño verificando los reflejos, pues un síntoma importante de la PC es la persistencia de ciertos reflejos, llamados reflejos primitivos que son normales en los bebés pero que desaparecen entre los 6 y 12 meses de vida. Posteriormente, se establece si la afectación interfiere significativamente con el desarrollo integral del individuo y en las actividades de la vida cotidiana.

Usualmente, el diagnóstico basado en el DSM-IV y en el CIE-10 (citados en Pichot, 1995), considera las habilidades actuales del sujeto, así como sus capacidades

motoras, cognoscitivas, comunicativas y sociales. En éstos se señala que para diagnosticar cualquier trastorno, debe realizarse una evaluación multiaxial que facilite la valoración completa del individuo, en la que no sólo se verifiquen las alteraciones físicas, sino también las cognoscitivas, las comunicativas, las sociales y las emocionales, las cuales podrían pasar desapercibidas si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema del sujeto. Esta evaluación se realiza en 5 ejes, mismos que fueron resumidos por Pichot (1995) y se encuentran en la tabla 1.

**Tabla 1.** *Evaluación multiaxial.*

Eje	Características
I.	Evalúa los trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.
II.	Evalúa los trastornos de la personalidad y el retraso mental.
III.	Evalúa y determina si el trastorno es causa de una enfermedad médica.
IV	Evalúa los problemas psicosociales y ambientales.
V	Realiza una evaluación de la actividad global del individuo.

Basado en Pichot, 1995, pp. 27- 33.

En este sentido, la PC requiere de un equipo interdisciplinario para su diagnóstico médico y psicopedagógico, al igual que para su tratamiento, en el que se encuentre los siguientes especialistas: neurólogo, psiquiatra, psicólogo, médico rehabilitador, trabajador social, maestros especialistas en necesidades educativas especiales (NEE), fisioterapeuta, logopeda y terapeuta ocupacional.

Dichos profesionistas tienen la función de valorar las características personales del niño con PC y sus posibilidades de rehabilitación a través de diversas técnicas tales como la observación directa, pruebas de inteligencia, psicomotricidad y personalidad, así como pruebas de diagnóstico con imágenes cerebrales tales como resonancia magnética, tomografía o ultrasonido. Es importante destacar que

nunca se debe basar el diagnóstico en pruebas de rendimiento intelectual, pues algunas de ellas requieren que se posea ciertas habilidades motoras, comunicativas y visuales que el niño con PC tiene limitadas o inexistentes.

Por otra parte, la sintomatología es variada, pues cada persona con PC está afectada de distinta manera. García, Uría y Menéndez (1999) afirman que el grado de afectación es muy diverso, puede ir desde una lesión cerebral mínima en la que se presente un ligero déficit de atención y un trastorno motor o, en caso contrario, el niño puede presentar una grave tetraparesia, trastornos epilépticos, retraso mental severo, lo que deriva en una grave dependencia. Por lo cual es de suma importancia determinar el nivel de afectación ocasionado. Al respecto Targa (1999) indica que éste se puede dividir en tres grupos:

- *Grupo primero o de grandes inválidos psíquicos y motóricos.* En este grupo el nivel mental del sujeto se categoriza como profundo por lo que no es educable, ni siquiera mecanizable, con desconexión total con el medio y sin ningún tipo de comunicación ni demanda, por lo tanto es total y absolutamente dependiente.
  
- *Grupo segundo o minusválidos medios.* Son aquellos sujetos cuya deficiencia física, psíquica y sensorial los sitúa en un grado de discapacidad en el que pueden conseguir una comunicación verbal, ciertos conocimientos, tienen conexión con el medio, demandan necesidades y requieren de ayuda para las actividades personales y de la vida cotidiana. En el área motora pueden desplazarse con dificultad venciendo la espasticidad.
  
- *Grupo tercero o minusválidos ligeros.* En éste grupo se encuentran aquellos sujetos que presentan dificultades en el aprendizaje y en la comunicación, pero son capaces de vivir de forma independiente dentro de la sociedad. En el área motora presentan un cierto grado de torpeza o parálisis de determinados músculos.

## ***Etiología y prevalencia***

A pesar de los avances en los últimos tiempos, para identificar las causas que originan la PC, son muchas más las cosas que se desconocen que las que se saben. Muchos de los casos de PC son inexplicables, pues las causas van a variar de un caso a otro, por tanto no puede atribuirse a un único factor. Las causas que han sido estudiadas y que actualmente conocemos se clasifican de acuerdo a la etapa en que ha ocurrido el daño al cerebro, el cual se está formando, creciendo y desarrollando. Algunos autores como Busto (1988), Gómez et al. (1999) y Sánchez (2001), coinciden en que las causas de la PC se clasifican en *prenatales*, *perinatales* y *posnatales*, ocurridas antes, durante y después del nacimiento, mismas que serán descritas a continuación:

- *Causas prenatales*. La prevalencia de estas causas corresponde al 1% y 2% de los casos de PC. La lesión es ocasionada durante el embarazo, específicamente durante el periodo embrionario y fetal. Se presentan en la madre enfermedades infecciosas virales tales como la rubeola, la sífilis, el herpes o la hepatitis, provocando alteraciones cerebrales, visuales, auditivas, viscerales o cardíacas; enfermedades microbianas tales como la meningitis; enfermedades parasitarias que pueden ocasionar toxoplasmosis, dando lugar a gripe en la madre y en el feto meningoencefalitis y trastornos oculares; intoxicaciones por accidente debidas a bióxido de carbono, medicamentos incontrolados, radiaciones (rayos X); y maniobras abortivas mal hechas o abortos muy secuenciados. Así mismo, se pueden destacar otros problemas como la desnutrición materna, retardo en el crecimiento intrauterino, intervenciones quirúrgicas sufridas por la madre durante el embarazo, cardiopatías, diabetes, neuropatías o anemias de la embarazada.
- *Causas perinatales*. La prevalencia de estas causas corresponde al 88% de los casos de PC. La lesión puede ser ocasionada por un parto difícil, prematuro o por pasarse el tiempo de la fecha de éste (hipermadurez). También puede presentarse ictericia, insuficiencia respiratoria o de la frecuencia cardíaca, falta

de oxigenación de la sangre (anoxia) e inestabilidad para adaptarse el bebé a la nueva temperatura. Además suelen presentarse otras causas secundarias como vueltas del cordón umbilical, dificultad para pasar la cabeza debido a la estrechez de la pelvis de la madre, aplicación de fórceps, cesárea que ocurre después de haber intentado extraer el niño por la vía normal y desprendimiento prematuro de la placenta.

- *Causas posnatales.* La prevalencia de estas causas corresponde a un 10% de los casos de PC. La lesión puede ser debida a enfermedades ocasionadas después del nacimiento como una meningitis o encefalitis que provocan hidrocefalia, enfermedades del metabolismo, deshidratación, traumatismo por accidentes graves como caídas y provocados por anestesia, incompatibilidad de la sangre de la madre con la del niño que puede provocar ictericia. Además se pueden destacar otros problemas como convulsiones y epilepsia, alimentación deficiente, alteraciones cardiacas con embolias, lesión cerebral y tumores o hematomas.

Al respecto, Busto (1988) menciona lo siguiente:

Las causas enumeradas pueden ocasionar una parálisis cerebral, pero no siempre son determinantes de ella. La sensibilidad individual de cada encéfalo a los agentes nocivos es muy diferente. Así, la oxigenación defectuosa durante media hora puede ocasionar una lesión grave e irreversible en el encéfalo de un recién nacido y no dejar secuelas en otro (p. 18).

Cabe mencionar que puede presentarse más de una causa a la vez, por ejemplo, la madre pudo haber tenido una infección viral en el embarazo o el niño pudo ser producto de un parto prematuro. No obstante, “A pesar de los enormes avances de la medicina en los últimos 20 años, la cifra de Parálisis Cerebral Infantil parece mantenerse inmodificada y, en muchos casos, es imposible hallar una etiología de la enfermedad” (García et al., 1999, p. 16).

## ***Tratamiento***

La PC no se puede curar, la lesión no es hasta el día de hoy reversible; es decir, el trastorno no cambia, ni se agrava, ni disminuye, pues acompaña al individuo desde el nacimiento hasta la muerte. Pero esto no quiere decir que no hay nada que hacer al respecto, pues cuanto antes se detecte la PC, mayor respuesta ofrecerá el tratamiento, ya que si la persona recibe una atención adecuada y temprana que le ayude a mejorar e inhibir los patrones anormales de movimiento, que modifique la conducta, que incite el desarrollo cognoscitivo que le permita desarrollar el mejor nivel de comunicación posible, que estimule su interacción social y que habilite las actividades de autocuidado y vida cotidiana, podrá aprender mucho y llevar una vida lo más independiente y plena posible (García, et al. 1999).

Para poder llevar a cabo un tratamiento adecuado se requiere en primer lugar, el diagnóstico médico. Es importante tener en cuenta el grado de afectación y la edad del niño, ya que esto determinará la adaptación y flexibilidad del tratamiento, además es de suma importancia el compromiso mutuo entre los especialistas y los padres de familia. Ahora bien, en la actualidad existen diversos tratamientos para la PC, siendo uno de ellos el quirúrgico u ortesis (tenotomía muscular, capsulotomía, neurotomía, osteotomía y retracciones de los tendones) que trata de prevenir o minimizar las deformaciones articulares, éste debe hacerse sólo antes de los dos o tres años de edad, sin embargo, no se asegura una total y efectiva rehabilitación motora (García, et al. 1999).

Otro tratamiento es el farmacológico que utiliza medicamentos como los relajantes para disminuir los temblores y la espasticidad, así como anticonvulsivantes para prevenir o reducir las convulsiones. García et al. (1999) indican que efectivamente el tratamiento de la PC es diverso, por lo cual hoy día, gracias a la experiencia de muchos especialistas encargados de ayudar a miles de niños con PC, se han logrado definir 4 métodos terapéuticos que atienden distintos aspectos de la vida del niño: la fisioterapia, la logopedia, la educación compensatoria y la terapia ocupacional, descritos a continuación:

- *Fisioterapia*. Estos autores refieren que la fisioterapia se encarga de estimular los músculos para su posterior movilidad, determinando los movimientos reales que el niño puede hacer por sí solo para que éstos compensen o sustituyan a los movimientos limitados o inexistentes, en donde el especialista fisioterapeuta puede hacer uso de varios métodos para lograr una eficaz y adecuada rehabilitación, por ejemplo el método Bobath que consiste en inhibir o impedir que los movimientos anormales se presenten, tratando que se relajen los músculos de los brazos hasta lograr el equilibrio y control del cuerpo, este método va de lo particular a lo general. Gómez et al. (1999) refieren esto de manera más clara:

Como un movimiento normal no puede implantarse sobre una postura anormal, es necesario inhibir los patrones anormales. Para ello se utilizan “puntos clave” que son aquellas partes del cuerpo (habitualmente aproximales) en donde el tono anormal se inhibe y se facilitan movimientos de mayor normalidad. Estos puntos clave son la cabeza, los hombros, el tronco y la pelvis (p. 49).

Otro método del aspecto motor propuesto para la PC, es el método Doman-Delacato que se basa en la estimulación de los músculos siguiendo las etapas del desarrollo normal. Todos los tratamientos que atienden el aspecto motor del individuo pueden lograr una rehabilitación, siempre y cuando ésta se lleve a cabo de manera adecuada en edades tempranas, evitando con ello, que el niño no se retrase en la adquisición de determinadas conductas motoras.

- *Logopedia*. El método terapéutico de logopedia trata los problemas, disfunciones o retrasos que se presentan en los campos del habla, lenguaje, voz y comunicación. Para ello se utilizan técnicas como la terapia orofacial que enseña al niño a controlar y beneficiar los movimientos de la zona oral (principalmente la lengua y la mandíbula) para mejorar y favorecer el lenguaje del niño. “Las actividades de succión, deglución y masticación, llanto, risa, laleo, gagueo, chasquidos de la lengua y toda la actividad oral del pequeño lo preparan para el aprendizaje de los sonidos de la lengua” (Basarán, 1999, p.

57). Cabe mencionar que ello, beneficia la conducta de alimentación del niño, pues le ayuda a comer inhibiendo movimientos anormales.

En los niños que tienen algún tipo de intención comunicativa se pretende lograr que comprendan el lenguaje y le encuentren significado a las palabras que usan cotidianamente, para lo cual se usa la comprensión simbólica de cosas que pueden tocar, ver u oír. Además, se pretende proporcionar un medio de comunicación alternativo dirigido no sólo al niño sino también a los padres, ya sea oral en el que se use la palabra hablada, gestual en la que se haga uso del gesto y la palabra, gráfico en la que se use la imagen y la palabra, o bien combinando todos los medios. “En ocasiones la incapacidad de la expresión verbal lleva a la utilización de sistemas de comunicación no oral, entre lo que se están abriendo perspectivas muy amplias y esperanzadoras con modelos informativos y nuevas tecnologías” (García et al. 1999, p. 15).

- *Educación compensatoria.* Ahora bien, uno de los tratamientos más importantes pero también más complejos, es la educación compensatoria. Éste ofrece opciones educativas distintas dependiendo el nivel de afectación de cada niño. En todas las opciones educativas se trata de ofrecer y beneficiar con una enseñanza lo más normal posible, que conste de una infraestructura adecuada y maestros especialistas en educación especial. Por lo tanto, la educación compensatoria debe proporcionar adaptaciones significativas para estos niños, introduciendo ayudas pedagógicas de carácter curricular, personal, material y técnico. El objetivo primordial será brindar una educación que permita al niño con PC, expresarse, interactuar con los demás niños y aprender cosas nuevas día con día. Con ello se logrará una adecuada integración y desarrollo personal.

- *Terapia ocupacional.* Por último, otro tratamiento para la PC es la terapia ocupacional que consiste en ofrecer a los niños distintas actividades que sean estimulantes, útiles, motivadoras y que aumenten su autoestima. Se considera a dicha terapia como una forma de ocupar el tiempo de las personas con PC.

Según Vogedes (1999: 129-130) los objetivos que se intentan conseguir en la terapia ocupacional son los siguientes:

- Mejorar en lo posible la motricidad de los miembros superiores.
- Iniciar y/o perfeccionar la autonomía personal en las distintas actividades de la vida diaria.
- Utilizar ayudas técnicas cuando sea necesario para mejorar la autonomía personal.
- Asesorar a la familia sobre la utilización de esas ayudas que facilitan el manejo y cuidado de una persona con discapacidad grave.

En este punto, es importante mencionar que este trabajo se sustenta en el tratamiento de educación compensatoria que no se ofrece en un entorno escolarizado, sino en el contexto inmediato del niño (hogar). Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo que engloba la PC, es necesario revisar de manera general el desarrollo del niño en todas las áreas de la personalidad humana, revisión que se encuentra de manera sucinta en el siguiente apartado.

## DESARROLLO DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL

A temprana edad es difícil para los padres de niños con parálisis cerebral (PC) percibir los signos de este trastorno, pero éstos van en aumento y son más evidentes conforme pasa el tiempo, es ahí cuando los padres se dan cuenta que sus hijos no siguen el desarrollo normal, pues notan que no hacen lo que otros niños. La PC afecta en gran parte las distintas áreas de la vida de los individuos, limita sus experiencias y altera la forma como las demás personas se relacionan con ellos, influyendo también en el modo como se perciben a sí mismos y al mundo que los rodea.

En este apartado se hará una breve descripción del desarrollo en todas las áreas del niño normal comparado con el desarrollo del niño con PC. La descripción del desarrollo solamente se presenta en la etapa inicial que va de los cero meses a los tres años, ya que en este periodo el niño está en constante desarrollo y es en donde se podría detectar tempranamente alguno o varios de los síntomas relacionados con la PC. Esta información no pretende ser un parámetro fijo con el cual se contraste el desarrollo normal con el desarrollo del niño con PC, sino que únicamente constituye una guía para detectar las diferencias de las primeras señales en la presencia de este trastorno.

### ***Desarrollo motor***

La mayoría de los niños desarrollan las habilidades motoras en el mismo orden y aproximadamente a la misma edad. Sheridan (2002) indica que en el desarrollo motor normal los niños siguen pautas bastante semejantes, sin embargo si la edad en la que se tiene que adquirir cierta habilidad no es la adecuada, debe considerarse como un signo de alarma, pues ello repercutirá en el progreso del niño. “El desarrollo motor normal se caracteriza por una adquisición gradual del control postural, tono muscular, reacciones de enderezamiento y equilibrio,

progresión en la motricidad manual, desaparición de los reflejos primitivos” (Puyuelo, 2000, p. 19).

Sin embargo, un niño con PC presenta grandes diferencias en la pauta y edad en la que llega a dominar ciertas habilidades motoras, en casos graves puede que nunca llegue a desarrollarlas y persistan los reflejos primitivos. Según Puyuelo (2000) el tono muscular, el control postural o los esquemas de movimiento se realizarán según un patrón anormal en los individuos que presentan esta alteración. En la tabla 2 basado en Sheridan (2002) y Puyuelo (2000), se muestra el desarrollo motor del niño normal comparado con el desarrollo del niño con PC.

**Tabla 2.** *Desarrollo motor del niño con PC comparado con el del niño normal.*

EDAD	NIÑO NORMAL	NIÑO CON PC
0 a 3 meses	<p>-Muestra reflejos motores primitivos tales como: el reflejo de moro que se provoca al levantar la cabeza del bebé dando como respuesta la abducción de los brazos y la apertura de las manos, el reflejo de estar de pie, el reflejo de caminar si se colocan los pies sobre una superficie y el reflejo de prensión palmar</p> <p>-Presenta reflejos orales, entre los que se encuentran: el reflejo de orientación que ocurre cuando se toca con el dedo el borde de la boca del bebé, el reflejo de morder que ocurre cuando se toca la encía del bebé, el reflejo de succión, el reflejo de deglución y el reflejo de náusea</p> <p>-A los 2 meses es capaz de levantar la cabeza por sí mismo</p> <p>-A los 3 meses puede girar sobre su cuerpo</p>	<p>-Los reflejos primarios son débiles al momento del nacimiento: el reflejo de moro persiste después de los 6 meses, se puede no presentar el reflejo de estar de pie y los reflejos de caminar y prensión palmar aparecen más allá de los 3 o 4 meses</p> <p>-De los reflejos orales, el reflejo de orientación sigue presentándose a los 3 o 4 meses, el reflejo de morder se exhibe más allá de los 2 o 3 meses, el reflejo de succión persiste hasta el 7º mes, el reflejo de deglución resulta difícil incluso si el niño mastica, además de que derrama líquido por la zona oral y el reflejo de náusea puede no desaparecer</p> <p>-A los 2 y 3 meses, tiene dificultad para controlar la cabeza cuando lo levantan en brazos, tiene rígidas las piernas y las cruza en forma de tijeras, exhibe en el tono muscular alteraciones bajas, altas o cambiantes, algunas características muy frecuentes son las contracciones de los extensores de la nuca, el tronco y abdominales tensos</p>

Tabla 2. Continuación...

3 a 9 meses	<p>-Mantiene la cabeza erguida y empieza a controlar las partes de su cuerpo, sus movimientos son simétricos, flexibles y continuos, hay mayor motricidad manual y seguimiento visual</p> <p>-A los 4 meses anticipa la alimentación con la boca abierta y succiona con energía</p> <p>-A los 9 meses puede sostenerse sentado por periodos cortos y avanza por el suelo rodando o gateando</p>	<p>-Tiene dificultad para controlar las distintas partes de su cuerpo y no puede sostener su peso. Presenta problemas en la motricidad manual a la hora de coger un objeto y no puede coordinarlo con el seguimiento visual</p> <p>-Alrededor de los 4 meses estira una sola mano para alcanzar un objeto y mantiene la otra cerrada en forma de puño. Persisten problemas para la alimentación</p> <p>-A los 9 meses presenta alteraciones en la postura corporal al sentarse y no puede mantener el equilibrio, no se arrastra, ni gatea o lo hace con movimientos mal coordinados y torpes</p>
12 a 20 meses	<p>-Se ha perfeccionado la motricidad final</p> <p>-A los 15 meses camina con los pies separados valiéndose de los brazos para mantener el equilibrio</p> <p>-A los 18 meses camina con seguridad, manipula objetos, hay mayor maduración motora en la zona oral con inhibición de los reflejos orales, inicia la masticación y deglute sin apenas derramar alimento</p>	<p>-Motricidad general muy pobre</p> <p>-A los 15 meses no se mantiene de pie con apoyo o sin él</p> <p>-A los 18 meses, a nivel de la zona oral tiene problemas de alimentación porque no succiona o lo hace con mucha dificultad, además le cuesta deglutir ocasionando el derrame del alimento, es probable que se le tenga que mantener estirado para darle de comer mucho más allá de los 12 meses</p>
2 a 3 años	<p>-Camina y corre, incluso es capaz de saltar con los pies juntos, sube y baja escaleras</p> <p>-Se ha perfeccionado la motricidad fina y puede coger objetos pequeños de diferentes superficies</p> <p>-A los dos años, la masticación ya es rotatoria en la alimentación</p> <p>-A los 3 años es capaz de caminar hacia adelante, atrás, a los lados, etc. y ya controla esfínteres</p>	<p>-No controla su cuerpo y su postura corporal</p> <p>-La motricidad fina sigue siendo pobre, incluso puede ser escasa</p> <p>-Lo más sobresaliente, es la falta de control motor de la zona oral haciendo difícil la alimentación, tiene grandes problemas en la deglución y masticación por lo que empieza a comer sólidos muy tarde, presenta dificultad en los movimientos del maxilar y la lengua por lo que babea sin que lo sepa, ya que hay una pérdida de sensibilidad en la zona preoral</p> <p>-A los 3 años, no puede controlar esfínteres</p>

Basado en Sheridan, 2002 y Puyuelo, 2000.

## Desarrollo del lenguaje

Para Puyuelo (2000), el desarrollo del lenguaje normal se va realizando poco a poco desde el momento que nace el niño, iniciando con el llanto, luego con los gestos, los balbuceos, las palabras, hasta llegar a una comunicación que es comprensible y socialmente aceptable, quien al respecto indica lo siguiente:

El desarrollo del lenguaje en el niño se va realizando de forma interrumpida desde el nacimiento. Durante el primer año el niño desarrolla las bases de la comunicación por medio de las interacciones que realiza con su familia, en las que es muy importante la mímica facial, la entonación, la prosodia, la voz, etc., todo ello asociado al contexto dentro de lo que se denomina las funciones de la comunicación (p. 24).

No obstante, el desarrollo del lenguaje del niño con PC, puede resultar muy diferente, pues pueden presentarse desde dificultades leves hasta problemas severos que impidan al niño expresarse verbalmente. Puyuelo (2000) señala que la capacidad de comunicarse va a depender del desarrollo intelectual, pero también dependerá de la habilidad para controlar los músculos de la boca, de la lengua, del paladar y de la cavidad bucal. En la tabla 3 basado en Sheridan (2002) y Puyuelo (2000), se muestra el desarrollo del lenguaje del niño normal comparado con el desarrollo del niño con PC.

**Tabla 3.** *Desarrollo del lenguaje del niño con PC comparado con el del niño normal.*

EDAD	NIÑO NORMAL	NIÑO CON PC
0 a 3 meses	<p>-En los primeros meses llora enérgicamente para expresar sus necesidades fisiológicas como comer, dormir, que lo cambien o acaricien</p> <p>-En el primer mes reacciona a los ruidos del entorno girando la cabeza y manteniendo contacto ocular, coordinado con el estímulo sonoro</p> <p>-A los 2 meses emite pequeños grititos guturales cuando está contento</p>	<p>-En los primeros meses no llora como los demás niños, su llanto es de tono bajo o es un llanto frecuente e inconsolable</p> <p>-No coordina el estímulo sonoro con la vista</p> <p>-A los 2 meses sus vocalizaciones son alteradas, provocando que sus interacciones comunicativas sean escasas, éstas se mantienen en el nivel primitivo y no suelen evolucionar</p>

Tabla 3. Continuación...

	-A los 3 meses responde con balbuceos cuando alguien le habla	-A los 3 meses balbucea en forma repetitiva, los movimientos de la mandíbula están limitados y en casos más graves la abertura de la boca se realiza a la vez que se producen la extensión del cuello, presenta una respiración insuficiente e irregular y muchas veces la inspiración está limitada, en general, respira por la boca produciendo una respiración torácica superior
3 a 9 meses.	-Mantiene diálogos mediante la mímica facial y la entonación  -A los 6 meses vocaliza consigo mismo y con los demás, emitiendo sonidos vocálicos o sílabas sencillas y dobles como, “aaaa”, “maaa”, “daaa”, también utiliza la risa, el llanto y el berreo como recursos expresivos  -A los 9 meses utiliza la vocalización en forma interpersonal para llamar la atención y comunicar algo que le interesa, balbucea en cadenas de sílabas largas y repetitivas como, “ta-ta”, “mam-mam”, esto es una señal de avance comunicativo; además participa en turnos de intervención y entiende algunas palabras ligadas al contexto	-La fonación es muy reducida pues ocurre con un movimiento de abducción incompleto o exagerado provocando sonidos explosivos e irregulares en cuanto a la intensidad y alteraciones en el timbre, también puede haber malformaciones asociadas con adenoides desarrollado velo alto y mala alineación dental que influyen en la resonancia y la vocalización consigo mismo es escasa  -La emisión de vocalizaciones es pobre o monótona que persiste después de los 8 o 9 meses, no entiende muchas de las palabras ligadas al contexto
12 a 20 meses	-Suele decir su primera palabra antes o alrededor de esta edad, reconoce sonidos familiares, discrimina la fonética de su entorno, entiende palabras habituales y algunas frases sencillas y sigue órdenes sencillas asociadas a algún gesto  -A los 18 meses parlorea consigo mismo cuando juega en un tono locuaz y con inflexiones emocionales, puede usar entre 5 y 30 palabras comprensibles, por lo tanto, va enriqueciendo cada vez más su lenguaje y comprensión del mismo	-No discrimina la fonética del entorno, persisten los movimientos articulatorios sin precisión, fuerza y coordinación, ya que la posición de la lengua no es la adecuada y se encuentra en tensión o protrusión, la coordinación respiración-fonación-articulación no se hace correctamente en relación a los aspectos pragmáticos del lenguaje  -A los 18 meses es posible que utilice menos el lenguaje para comunicarse y use más los gestos y señas

**Tabla 3. Continuación...**

2 a 3 años.	<p>-Comprende frases más largas, puede tener un vocabulario de entre 50 o más palabras reconocibles y va adquiriendo mayor comprensión del lenguaje</p> <p>-A los 3 años realiza enunciados de dos elementos y articula secuencias cortas con sentido, utiliza algunas palabras referidas a acciones, usa la ecolalia pues repite una o más palabras destacadas y pregunta los nombres de las cosas o personas</p>	<p>-Falta de iniciativa en las interacciones verbales, tiene problemas en la expresión, presenta dificultad en la producción de los diferentes fonemas debido a los movimientos articulatorios escasos</p> <p>-A los 3 años la capacidad para interactuar se limita a hacer un uso excesivo de gestos</p>
-------------	--	---

Basado en Sheridan, 2002 y Puyuelo, 2000.

### ***Desarrollo social***

El niño desde que nace comienza a explorar y reconocer a las personas y objetos que se encuentran en su entorno. Conforme pasa el tiempo va desarrollando el lenguaje que es el punto de partida para interactuar de manera aceptable con la sociedad, por lo que adquiere pautas de comportamiento social. Algunas teorías sugieren que la socialización sólo se aprende a través de la imitación, sin embargo, las teorías recientes destacan factores cognoscitivos y perceptivos del pensamiento y el conocimiento, afirmando que la madurez social exige la comprensión de las reglas de comportamiento social (Puyuelo, 2000).

El desarrollo social del niño con PC puede resultar muy diferente, pues manifiesta dificultad o imposibilidad para interactuar con las personas. Para Puyuelo (2000), desde el momento del nacimiento, el trastorno motor y la dificultad comunicativa limita que explore e interactúe con el contexto, repercutiendo significativamente en como perciben al niño los demás y como él se percibe a sí mismo. En la tabla 4 basado en Sheridan (2002) y Puyuelo (2000), se muestra el desarrollo social del niño normal comparado con el desarrollo del niño con PC.

Tabla 4. *Desarrollo social del niño con PC comparado con el del niño normal.*

EDAD	NIÑO NORMAL	NIÑO CON PC
0 a 3 meses	<p>-El niño establece una interacción con sus cuidadores a través de la mirada y de gestos faciales</p> <p>En el primer mes, apenas presta atención a las personas y a los estímulos, la expresión va evolucionando hasta la sonrisa social y las vocalizaciones como respuesta a los estímulos del ambiente</p> <p>-A los 3 meses se fija en la cara de la madre y reacciona con muestras de placer y satisfacción cuando lo tratan de manera cariñosa, comienza a reaccionar a situaciones familiares con sonrisas, gesticulaciones y movimientos excitados</p>	<p>-Muestra dificultad para interactuar con sus cuidadores, pues no establece el contacto visual y uso de gestos faciales normales</p> <p>Al mes no responde a los estímulos, la expresión es vaga y no hace uso de vocalizaciones</p> <p>-A los 3 meses no manifiesta reacción a las situaciones familiares con gestos, sólo con movimientos excitados</p>
3 a 9 meses.	<p>-A los 3 meses se lleva muchos objetos a la boca como conducta de exploración y juego, le parece interesante mover y mirarse las manos y los pies, es sociable, pero si los padres no están presentes puede manifestar angustia</p> <p>-A los 6 meses todavía es simpático con los extraños, pero a veces manifiesta algo de timidez e incluso una ligera ansiedad cuando se le acerca alguien demasiado, sobre todo si no está presente algún adulto conocido</p> <p>-A los 9 meses diferencia a los extraños de los conocidos y manifiesta interés por las personas que se encuentran a su alrededor</p>	<p>-A los 3 meses no muestra interés por su entorno. Las vivencias que va experimentando las realiza con una gran ansiedad y tensión</p> <p>-A los 6 meses se muestra introvertido y huraño con los extraños, muestra poca expresividad con la cara, lo cual hace dudar si comprende lo que se le dice</p>
12 a 20 meses	<p>-A esta edad le gusta estar con las personas de la familia y mostrarles afecto, utiliza las manos para expresarse y captar la atención de su entorno, distingue a los extraños, busca estar con los adultos conocidos y le gusta explorar todo lo que lo rodea</p> <p>-A los 18 meses es físicamente incansable, es intensamente curioso cuando observa a la gente, los objetos y los acontecimientos, es emocionalmente frágil, es muy dependiente de la presencia tranquilizadora de los adultos y es cariñoso con sus familiares</p>	<p>-Le gusta que su familia esté cerca de él, manifiesta cierta inestabilidad emocional con sentimientos intensos y cambiantes, además es frecuente cierto grado de falta de cooperación, inmadurez social e introversión</p> <p>-A los 18 meses no manifiesta interés por lo que ocurre a su alrededor, puede presentar sentimientos de frustración, depresión, rechazo a cooperar y aislamiento</p>

**Tabla 4. Continuación...**

	-A los 20 meses inicia la exploración sin límites del entorno, comprende cada vez más cosas, no mide el peligro, imita actividades cotidianas sencillas como darle de comer a una muñeca, leer un libro, etc.	-A los 20 meses desea jugar como los demás niños, pero al no poder se disgusta y en muchos casos prefiere aislarse
2 a 3 años.	-A los 2 años suele imitar lo que hace la madre, colabora con los adultos en alguna tarea, pide que estén pendientes de él, se cuelga fuertemente de la persona mayor por cariño, fatiga o miedo, se pone rebelde cuando se ve contrariado, prefiere jugar solo aunque manifiesta interés por jugar con otros niños, se siente agraviado si se le pone atención a los otros niños, principalmente por parte de los padres  -A los 3 años es curioso a la hora de observar su entorno, se muestra inquieto y apenas se da cuenta de los peligros más comunes, representa o dramatiza espontáneamente un papel o diversas situaciones, le gusta jugar con otros niños y manifiesta egocentrismo	-A esta edad pide que estén pendientes de él. Espina (1999) menciona que este rasgo que caracteriza la etapa egocéntrica, hace pensar en una extensión de este periodo de inestabilidad emocional atribuido a la lesión neurológica, a la actitud sobre protectora de los padres, a las reacciones de la sociedad, a la gran dependencia a la que están sometidos, etc., características que inciden negativamente sobre la capacidad de socialización del niño  -A los 3 años prefiere jugar solo y aislarse de los demás, es muy dependiente de la ayuda de la madre, no sólo en cuestiones físicas sino también emocionales. Al respecto, hay una frase muy peculiar que representa lo dicho: "en algunos de estos niños pareciera que el cordón umbilical nunca fue cortado" (Bobath, 1986, p. 45).

Basado en Sheridan, 2002 y Puyuelo, 2000.

### ***Desarrollo cognoscitivo***

El desarrollo cognoscitivo está relacionado con el conjunto de transformaciones que se dan en el transcurso de la vida para aumentar los conocimientos y las habilidades para percibir, pensar y comprender. En lo que respecta al desarrollo del niño con PC, es difícil hablar de características específicas derivadas de la lesión cerebral. Generalmente, a menos que existan trastornos asociados como el retraso mental u otros, las alteraciones que se observan son una consecuencia de la PC que pueden afectar la disposición para adquirir, organizar y asimilar los esquemas de conocimiento.

Algunas personas con PC tienen problemas intelectuales, pero esto no es siempre así, incluso pueden tener un coeficiente de inteligencia normal o más alto, pues la

localización de la lesión cerebral puede no tener influencia sobre la afectación cognoscitiva. Al respecto, Busto (1988) indica que la evaluación de la inteligencia ha sido discutida, pues se dice que no es viable medir el coeficiente intelectual de un niño con PC, pues las pruebas requieren expresión verbal y motricidad que el niño puede no poseer y que esta fuera de sus posibilidades. En la tabla 5 basado en Hernández (1998) y Puyuelo (2000), se muestra el desarrollo cognoscitivo del niño normal comparado con el desarrollo del niño con PC.

**Tabla 5.** *Desarrollo cognoscitivo del niño con PC comparado con el del niño normal.*

EDAD	NIÑO NORMAL	NIÑO CON PC
0 a 3 meses	<p>-De acuerdo a la etapa sensorio-motora de Piaget, hablar del desarrollo cognoscitivo durante esta etapa es hablar del nacimiento de la inteligencia. En el primer mes se da la ejercitación y consolidación de los reflejos (succión, moro, andar automático, etc.), lo cual es importantes porque éstos se transforman en conductas instantáneas de razonamiento que el niño realiza sin estímulo previo</p> <p>-A los 3 meses adquiere las primeras nociones de pensamiento como la coordinación visión-prensión, por lo que el niño fija su atención en un objeto que ve y es capaz de cogerlo con la mano</p>	<p>-En el primer mes presenta serios problemas para la consolidación de los esquemas reflejos y requiere del estímulo previo para realizar la conducta, lo que constituye una seria limitación para el desarrollo de la inteligencia sensorio-motora</p> <p>-A los 3 meses no coordina la conducta visión-prensión, debido al problema motor</p>
3 a 9 meses	<p>-A los 4 meses imita sonidos y movimientos realizados por un modelo</p> <p>-A los 6 meses comienza a construir la noción de espacio limitada a la acción momentánea, muestra el esquema del objeto permanente por lo que si se esconde parcialmente un objeto delante del niño, éste lo buscará y si está totalmente oculto no lo buscará</p> <p>-A los 9 meses presenta conductas intencionales, el niño tiene una intención y un plan previamente trazado en sus acciones</p>	<p>-A los 4 meses no es capaz de imitar los movimientos realizados por un modelo</p> <p>-A los 6 meses no tiene la noción de espacio</p> <p>-A los 9 meses presenta conductas intencionales, pero no realiza un plan de sus acciones</p>

**Tabla 5. Continuación...**

12 a 20 meses	<p>-A los 12 meses es capaz de realizar imitaciones con las partes de su cuerpo que no ve (por ejemplo, guiñar). El niño descubre su relación con el espacio con independencia de sus acciones pues tiene anticipaciones más complejas, si se esconde un objeto delante del niño, lo busca, si se retira el objeto del primer escondite y se oculta en otro, lo seguirá buscando en el mismo lugar</p> <p>-A los 18 meses descubre nuevos medios a través de la experimentación activa, mediante el método de ensayo-error, realiza imitaciones cada vez más complejas y activas, casi realiza los mismos actos que las personas de su entorno</p> <p>Su comprensión del espacio es más objetiva, comienza a establecer relaciones causa-efecto y ya es capaz de saber que un objeto existe aunque no lo perciba</p>	<p>-A los 12 meses no imita con partes de su cuerpo, sin embargo, el niño descubre su relación con el espacio con independencia de sus acciones</p> <p>-A los 18 meses no utiliza el método de ensayo-error, le resulta difícil imitar los mismos actos que las personas de su entorno</p> <p>-No distingue las relaciones causa-efecto, los problemas de la percepción alteran la interpretación del contenido que el niño recibe con respecto a su cuerpo y a su entorno, es decir, no puede percibir el espacio y relacionarlo con su propio cuerpo o tener nociones de espacio o tiempo</p>
2 a 3 años	<p>-A los 2 años realiza la invención de nuevos medios a través de combinaciones mentales, utiliza el juego simbólico y copia una acción de un modelo que no está presente</p> <p>-A los 3 años aparece la función simbólica y perfecciona su comprensión del espacio, perfecciona las relaciones causa-efecto y ya no actúa por ensayo-error sino por tanteo interiorizado, es decir, el niño elige en su mente la respuesta y luego ejecuta la acción</p>	<p>-A los 2 años juega con sí mismo y no copia una acción de un modelo aunque se le pida.</p> <p>-A los 3 años sigue sin tener comprensión del espacio, tampoco comprende las relaciones causa-efecto y actúa por ensayo-error</p>

Basado en Hernández, 1998 y Puyuelo, 2000.

## Trastornos asociados a la PC

A las alteraciones presentadas en el desarrollo del niño con PC, se asocian otras dificultades. Busto (1988) y Sánchez (2001) coinciden en que los trastornos asociados a la PC más comunes son los sensoriales, entre los que se encuentran:

- *Trastornos del oído.* Siendo más notorio la disminución o pérdida de la audición marcada de los tonos.
- *Trastornos en la vista.* Siendo los más frecuentes el estrabismo, la agudeza visual insuficiente, la miopía, la desviación de la mirada hacia arriba o hacia abajo debido a parálisis o espasmos, dificultad de la coordinación visual, mala fijación y seguimiento.
- *Trastorno somatosensoriales.* Asociados a problemas en la sensibilidad sobre todo una disminución de la sensibilidad táctil y que puede llegar a tal punto que el niño no sea capaz de identificar los objetos a través del tacto (agnosia táctil), así como una disminución en la percepción de la temperatura y del dolor.

Los niños con PC pueden sufrir también otros trastornos como retraso mental, epilepsia que a veces no es perceptible, cierta tendencia a congestionarse y constiparse, dificultad para controlar la temperatura corporal, subir de peso, problemas de sueño, trastornos psíquicos usualmente causados por el medio social en que se encuentran como un ambiente familiar con tensiones, el no tratar al niño con normalidad o en la medida de lo posible con independencia, sobreprotegerlo, etc., provocando problemas del comportamiento tales como inseguridad, obsesión, depresión, agresión o hiperactividad.

Por lo tanto, es importante atender oportunamente las alteraciones que se van presentando en el curso del desarrollo, pues esto va a permitir que el niño con PC viva lo más satisfactorio y normal posible. A medida que va creciendo va a requerir de ciertas habilidades que son cruciales para un desarrollo personal y social aceptable. En el siguiente apartado se describe una de las habilidades básicas del ser humano, “el autocuidado”, tema principal de este proyecto, además de ser imprescindibles para que las personas se conviertan en seres humanos autónomos e independientes.

## HABILIDADES DE AUTOCUIDADO

Las habilidades de autocuidado es un conjunto de destrezas prácticas que las personas desarrollan para su cuidado personal y funcionamiento en la vida diaria. Abarcan las actividades cotidianas que se aprenden a realizar en forma automática de acuerdo a la edad y a la exigencia del entorno. Las habilidades de autocuidado también se denominan habilidades de cuidado personal, de autoayuda o de autonomía personal, entre las cuales se encuentran: la alimentación, el control de esfínteres, el vestido, el aseo y el arreglo personal.

Sin embargo, las personas con PC pueden presentar grandes dificultades para desarrollar estas habilidades, debido al trastorno motor que padecen y a los problemas que se asocian a él. Muchos niños con y sin discapacidad aprenden las habilidades de autocuidado observando a sus padres o hermanos e imitando lo que ellos hacen. Al respecto, Bender y Valletutti (1981) indican que los problemas que presentan los niños con algún tipo de trastorno, pueden relacionarse a la incapacidad de mantenerse por sí mismos como personas autónomas e independientes en las actividades de la vida cotidiana.

La mayoría de los individuos poseen habilidades básicas en las áreas biológica, psicológica y social que los distinguen de otras especies, tales como: desarrollo físico, habilidades perceptivas, habilidades de aprendizaje y de solución de problemas, comunicación, desarrollo emocional, socialización, autocuidado, hábitos de trabajo y ajuste al mismo, las cuales serán definidos en los siguientes párrafos, retomando a Macotela y Romay (1992):

- *Desarrollo físico.* Se refiere tanto al desarrollo motor, como al desarrollo perceptual.
- *Habilidades perceptivas.* Incluye la percepción de los estímulos auditivos, visuales, táctiles, olfativos y gustativos.

- *Habilidades de aprendizaje y solución de problemas.* Se relacionan con destrezas cognitivas de pensamiento y conocimiento.
- *Comunicación.* Incluye habilidades verbales, gestuales y escritas relacionadas con el lenguaje receptivo y expresivo.
- *Desarrollo emocional.* Se refiere a la conducta que afecta la relación del individuo con otras personas, así como intereses, capacidades, valores o expresiones emocionales.
- *Socialización.* Puntualiza la relación social del individuo con las personas que le rodean y la interacción en actividades sociales.
- *Autocuidado.* Habilidades que permiten al individuo cubrir sus necesidades básicas de subsistencia.
- *Hábitos de trabajo y ajuste al mismo.* Incluye las habilidades para realizar de manera independiente las rutinas laborales.

Dichas habilidades permiten a los individuos una auténtica adaptación social y un desarrollo integral como seres humanos. No obstante, en el siguiente apartado solamente se abordarán las habilidades de autocuidado, debido a que son el tema central de este proyecto.

### ***Adquisición de habilidades funcionales de autocuidado***

Toda persona cuando crece requiere de ciertas habilidades relacionadas a la autonomía. La primera señal de que se quiere ser autónomo, es el interés que manifiesta el niño por ir al baño, asearse y comer adecuadamente sin ayuda de alguien, lo que significa que está listo para ser autosuficiente y que ha adquirido las bases para lograr las habilidades de autocuidado de manera funcional e independiente.

Según Galindo, Bernal, Hinojosa, Galguera, Taracena y Padilla (1980), las habilidades de autocuidado son aquellas que hacen referencia a un conjunto de actividades concernientes a la alimentación, el control de esfínteres, el vestido, el aseo y el arreglo personal. La enseñanza y desarrollo de estas habilidades es prioritaria, ya que a través de ellas el individuo podrá ser independiente respecto a su cuidado personal.

Bender y Valletutti (1981) indican que se espera que el niño adquiera mediante la imitación de las acciones que observa en el adulto, el aprendizaje de las habilidades de autocuidado. Un niño con PC presenta importantes dificultades relacionadas con la alimentación, el control de esfínteres o uso del sanitario, el vestido, el aseo y el arreglo personal.

Muchas de las personas que tienen estos problemas se alejan o los mismos padres los alejan de los demás, por el miedo al “qué dirán” o porque piensan que no se pueden desenvolver de forma socialmente aceptable. Asimismo, muchas de ellas no desarrollan estas habilidades porque no tienen un modelo al cual imitar o porque los adultos limitan la estimulación de dichas habilidades. También se habla de que el niño con PC puede estar socialmente limitado, porque algunas personas piensan que por tener este tipo de discapacidad, no está preparado para desarrollar las habilidades de autocuidado, ya que no se espera que se valga por sí mismo o que sea consciente de la necesidad de tener estos hábitos.

A esto se asocia el gran problema que aqueja a las familias que tienen una persona con discapacidad, pues existe la incertidumbre de qué será del individuo cuando los padres o cuidadores no estén o no le puedan proporcionar la atención que requiere. Por tanto, es fácil deducir la importancia que esta área tiene en la educación del niño con PC, que le permita ir mejorando, ser más activo y progresar en el grado de complejidad que supone el camino hacia la independencia y minimice la necesidad de ayuda del adulto. Se necesita en cantidades colosales un apoyo educativo en las habilidades de autocuidado, pues son primordiales para la aceptación e

integración social necesaria para la vida independiente de todo individuo. Donlon y Fulton (1989) comentan lo siguiente:

Si el niño ha estado privado de las experiencias sensoriales que ayudan a desarrollar esta preparación, no responderá a tal educación sea cual fuere su edad. Esta privación de experiencias sensoriales incluye la ausencia de un modelo visual que imitar, desorientación dentro de su medio, la falta de comprensión de la imagen corporal y la falta de preparación física (p. 157).

En este sentido, dichos autores, sugieren que la estimulación de dichas habilidades debe tener en cuenta no sólo las fortalezas y debilidades del individuo, sino también saber si está preparado en cuanto a su desarrollo para aprender las habilidades de autocuidado.

### ***Entrenamiento de las habilidades de autocuidado***

Como se mencionó anteriormente, las personas con PC debido al trastorno motor pueden tener limitaciones para desarrollar las habilidades de autocuidado, sin embargo, nunca se debe limitar a las personas por sus necesidades o condiciones, pues se ha demostrado que con una adecuada y constante estimulación y enseñanza en la jornada diaria pueden llegar a adquirir habilidades que no se esperaba. El desarrollo de las habilidades de autocuidado es un proceso que comienza por la evaluación inicial, la aplicación de un programa de intervención y la evaluación final, lo cual sirve para conocer las debilidades y fortalezas del individuo, antes y después del programa de intervención. Cabe mencionar que lo anterior implica una modificación conductual en el sujeto, misma que será descrita de manera general a continuación, en cuanto a alimentación, vestido, aseo y arreglo personal, así como al control de esfínteres.

### **Alimentación**

La alimentación es una necesidad fisiológica que todo ser humano debe satisfacer. En esta área se pueden distinguir tanto el tipo de alimentos que se consumen como los utensilios que se utilizan y manejan para comer (plato, cuchara, tenedor, cuchillo). La habilidad para comer demanda de ciertos procesos como la masticación,

deglución, digestión y algunas destrezas para manejar adecuadamente los utensilios. Las personas con PC pueden tener de leves a serias dificultades en esta área, ya que el problema motor, dificulta poder masticar, deglutir y tragar de la mejor manera, por lo tanto, requerirán de mucha ayuda e incluso necesitarán de considerable estimulación para desarrollar esta habilidad.

Donlon y Fulton (1989) comentan que una vez que se haya desarrollado la conducta de comer se verá beneficiado el lenguaje, pues a la hora de masticar se ejercitan los músculos del habla. Para la enseñanza de esta conducta, a los niños les resulta gratificante consumir algún alimento que les agrada, pues ello los motivará a repetir conductas deseadas.

En primer lugar, se debe saber el nivel funcional del niño antes de poder decidir qué es lo que se tiene que hacer. Para ello, se debe determinar si ha aprendido a masticar y a tragar la comida, tal vez se le tenga que enseñar a comer sólo utilizando sus dedos y luego a comer con la cuchara. Si no puede comer sólidos, es posible que se tenga que centrar en enseñarle a tragar semisólidos. Son muchas las conductas necesarias para que se adquiriera la habilidad de alimentación, pero lo importante es utilizar el método adecuado que dependerá del estado funcional de cada niño. El procedimiento que se debe seguir según Galindo et al. (1980) para su entrenamiento es el siguiente:

- Descripción de los pasos a seguir.
- Modelamiento de cada paso para comer.
- Encadenamiento de los pasos a seguir.
- Moldeamiento, reforzando paso a paso la conducta.
- Tiempo fuera si el niño realiza conductas inapropiadas, se le retira el plato o se saca al niño del comedor.
- Sobrecorrección.

- Instigación física, indicando y llevando al niño de la mano para que realice la conducta deseada.

## **Vestido**

El vestirse es un actividad que se va aprendiendo y perfeccionando a lo largo del crecimiento y desarrollo del niño. Esta habilidad requiere de ciertas capacidades motoras, por lo tanto, entre mayor desarrollo físico, maduración y edad, la actividad de vestirse se vuelve más independiente. Según Bender y Valletutti (1981), dicha habilidad corresponde a una serie de destrezas que el niño va adquiriendo de forma independiente conforme pasa el tiempo, primero aprende a ponerse la camisa, abotonarla, ponerse los pantalones, los calcetines y los zapatos y luego aprenderá a quitarse dichas prendas.

Sin embargo, un niño con PC usualmente presenta dificultades en esta área, ya que le resulta complicado ponerse y quitarse la ropa, debido al trastorno motor que padece o porque no ha tenido estimulación constante. La habilidad para vestirse se debe estimular en las situaciones cotidianas del niño. El procedimiento que se debe seguir para su entrenamiento según Galindo et al. (1980), es el siguiente:

- Determinar una conducta dividida en pasos para cada prenda.
- Moldeamiento en el que se realizan pasos sucesivamente más complicados, no sin antes haber realizado adecuadamente el paso anterior.
- Encadenamiento de los pasos a seguir.
- Instigación física y verbal, indicando al niño los pasos que debe seguir.
- Modelamiento de cómo poner y usar cada prenda.

## **Aseo y arreglo personal**

En las habilidades de aseo se incluyen las actividades como lavarse el cuerpo, el cabello, la cara, las manos y los dientes. La higiene y limpieza frecuente evitan

muchas enfermedades infecciosas, pues se eliminan bacterias que se encuentran en el ambiente. Sin embargo, no todas personas cuentan con los recursos sanitarios y económicos para poder tener una limpieza constante, pues en algunas comunidades de nivel socioeconómico bajo es frecuente que no haya agua, que no tengan dinero para comprar jabón, cepillo de dientes o los utensilios básicos para la higiene y el aseo personal.

En cuanto al arreglo personal, éste incluye todas las actividades concernientes al arreglo del aspecto físico que proporciona una imagen limpia, adecuada y agradable para sí mismo y para los demás, como peinarse, ponerse desodorante crema y/o perfume, entre otras actividades. Cuando una persona tiene buen aspecto físico, la demás gente se acerca a ella y la trata con respeto y gusto. La enseñanza del aseo y arreglo personal es en base a rutinas constantes que se deben realizar en el propio contexto y en situaciones y tiempos cotidianos, siempre tomando en cuenta las posibilidades de cada persona. El objetivo es conseguir que el niño adquiera conductas que supongan mantener una apariencia arreglada. El procedimiento que se debe llevar a cabo según Galindo et al. (1980) es el siguiente:

- Descripción de la conducta.
- Moldeamiento.
- Instrucción para la realización de cada paso.
- Modelamiento.
- Instigación física para realizar la conducta.
- Manejo de contingencias.
- Economía de fichas.
- Tiempo fuera por no estar arreglado.

En general, el desarrollo de las habilidades de autocuidado tiene como principal objetivo, potenciar en la medida de lo posible, los distintos hábitos como son los de alimentación, vestido, aseo, arreglo personal y control de esfínteres, compensando

y mejorando si es posible, todas aquellas dimensiones o ámbitos del desarrollo que por razones asociadas a las diferentes condiciones de la PC del niño, pueden afectar sus procesos de desarrollo y aprendizaje.

## **Control de esfínteres**

En el control de la orina o de la defecación, el individuo debe tener que esperar, retener y hacer esto en un lugar especial, es decir, hacer uso del sanitario, paso de suma importancia en el desarrollo mental, emocional y social del niño.

La persona que no controla sus esfínteres presenta dificultades y limitaciones en las habilidades sociales y por ende repercute en su autoestima, pues muchas veces es rechazado cuando se orina o defeca en su ropa interior, principalmente porque huele mal. Por lo tanto, carecer de esta conducta significa que el sujeto necesitará de apoyo especial para usar el sanitario y cambiarse, ya que de lo contrario se podría irritar la piel, además de desprender malos olores.

Baker y Brightman (2002) señalan que el entrenamiento para el uso del sanitario se encuentra entre las habilidades más importantes que un niño necesita dominar. La enseñanza para un niño con PC va a ser la misma que se utiliza para cualquier niño, es decir, primero se debe entrenar el control de la micción y luego el de la defecación. El primer paso es determinar el patrón de evacuación, es decir, las horas y veces en el día en las que hay más probabilidad de que el niño humedezca o ensucie los calzones y los pantalones.

La modificación de la conducta apunta a que se debe determinar si la micción o defecación se hace durante el día o la noche. A partir de esto, se da inicio a un programa de entrenamiento sistemático que tendrá como propósitos elaborar un horario de uso del sanitario que concuerde con los hábitos del niño y aplicar paso a paso lo especificado en el mismo. El procedimiento que se debe seguir según Galindo et al. (1980) es el siguiente:

- Establecer un control verbal sobre todos los pasos que se deben seguir para ir al sanitario.
- Moldeamiento de cada paso a través de la instigación física y el reforzamiento.
- Encadenamiento de los pasos a seguir.
- Aplicación de una economía de fichas.
- Aplicación de tiempo fuera cuando orina o defeca en los calzones y pantalones.

### ***Técnicas para la modificación de la conducta***

Según Cruzado, Labrador y Muñoz (1999), la modificación de la conducta es promover el cambio mediante técnicas de intervención psicológica que mejoren el comportamiento de las personas como las que se encuentran en la tabla 6. El objetivo principal es inhibir conductas inapropiadas e incrementar conductas adecuadas en los individuos.

**Tabla 6.** *Técnicas para la modificación de la conducta.*

<b>Decrementar conductas</b>	<b>Incrementar conductas</b>
Las técnicas para disminuir una conducta inadecuada deben aplicarse en el preciso momento en que aparece la conducta que se desea eliminar. Las técnicas más comunes para decrementar una conducta son:	Las técnicas para la adquisición de conducta son los medios por los cuales se incrementa la presencia de éstas. Las técnicas más comunes para incrementar conductas son:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instigación física y verbal.</li> <li>2. Extinción.</li> <li>3. Tiempo fuera.</li> <li>4. Saciedad o sobrecorrección.</li> <li>5. Reforzamiento de conductas incompatibles.</li> <li>6. Costo de respuesta y castigo.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reforzamiento.</li> <li>2. Modelamiento o imitación.</li> <li>3. Moldeamiento.</li> <li>4. Contrato de contingencias.</li> <li>5. Economía de fichas.</li> <li>6. Encadenamiento.</li> </ol>

Basado en Cruzado, Labrador y Muñoz, 1999, pp. 500-531 y Pérez, 1999, pp. 481-498.

### **Técnicas para decrementar conductas (Cruzado, Labrador y Muñoz, 1999)**

- *Instigación física y verbal.* La instigación física consiste en llevar al niño físicamente a realizar la conducta, debe ir acompañada de cierta fuerza que comunique desagrado, siempre y cuando no se lastime al niño. La instigación verbal consiste en repetir al niño la instrucción dada con un ¡no! en voz alta.
- *Extinción.* Es la eliminación de una conducta inadecuada que anteriormente fue reforzada. Aquí, se debe ignorar absolutamente la conducta inapropiada.
- *Tiempo fuera.* Se retira al niño de todo estímulo o reforzador, por un tiempo determinado. El objetivo es erradicar la conducta inadecuada.
- *Saciedad o sobrecorrección.* Se utiliza cuando las demás técnicas ya han sido aplicadas, aquí se obliga al niño a repetir constantemente la conducta inapropiada, hasta que estas se vuelvan desagradables y cansadas.
- *Reforzamiento de conductas incompatibles.* Se recomienda utilizar esta técnica antes de las demás, consiste en reforzar una conducta que sea contraria a la conducta inadecuada, es decir, repetir constantemente una conducta opuesta a la que se desea quitar o erradicar.
- *Costo de respuesta y castigo.* Consiste en perder gradualmente un reforzador (premio) sin volverlo a recuperar después. En el castigo se presenta un estímulo aversivo para reducir la conducta inadecuada.

### **Técnicas para incrementar conductas (Pérez, 1999)**

- *Modelamiento o imitación.* Consiste en que el niño imite una conducta que el especialista modela.
- *Moldeamiento.* Consiste en reforzar paso a paso la conducta hasta que ésta se adquiere.
- *Contrato de contingencias.* Se basa en utilizar un reforzador que sea gratificante para el niño, para una conducta adecuada cada vez que ésta se presente.

- Economía de fichas*. Consiste en aplicar un reforzador positivo mediante un sistema de fichas (representación simbólica del reforzador), pero sólo se entregará hasta que el niño haya acumulado un determinado número de fichas. Cabe mencionar que se entregan más fichas en aquellas habilidades que se busca adquirir y menos en aquellas que ya se tiene dominio.
- Encadenamiento*. Es la formación de una conducta compuesta por otras conductas más sencillas, en la que se trata de encadenar o unir todas las conductas existentes.

## MÉTODO

### ***Objetivo general***

Implementar un programa de desarrollo de habilidades de autocuidado para un niño con parálisis cerebral infantil moderada con tetraparesia espástica para que realice éstas de forma autónoma, específicamente habilidades de alimentación, aseo y arreglo personal, así como de uso del sanitario.

### ***Objetivos específicos***

Referente al niño con PC, sujeto del presente programa de intervención:

- a) Realizar una evaluación diagnóstica para identificar sus fortalezas y debilidades en las cuatro áreas del desarrollo infantil: básica, coordinación visomotriz, personal-social y de comunicación.
- b) Identificar las habilidades de autocuidado que prioritariamente requieren un entrenamiento.
- c) Determinar la línea base de las habilidades de autocuidado.
- d) Instrumentar el programa de intervención para el desarrollo de las habilidades de autocuidado.
- e) Evaluar el nivel de avance de las habilidades de autocuidado después de la aplicación del programa de intervención.

### ***Variables***

Se retomarán como variables de las habilidades de autocuidado: la alimentación, el aseo y arreglo personal, así como el uso del sanitario, las cuales se consideran como un conjunto de destrezas prácticas que han sido aprendidas para el cuidado personal. En la tabla 7 se encuentran los indicadores que se consideraron en cada una de estas variables.

**Tabla 7.** *Indicadores de las habilidades de autocuidado.*

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>
1. Alimentación	- Comer con cuchara - Comer con tenedor - Cortar con cuchillo
2. Aseo y arreglo personal	- Lavarse las manos - Secarse las manos - Lavarse la cara - Cepillarse los dientes - Cepillarse el cabello
3. Uso del sanitario	- Control intestinal - Control urinario

### ***Tipo de trabajo***

El presente proyecto de intervención fue un estudio de caso centrado en un sólo individuo dada la peculiaridad del sujeto que presentaba PC. Según Stake (1995) al ser un caso único hace que la información sea irrepetible y reveladora, pues permite mostrar a la comunidad científica datos que no hubiera sido posible conocer de otra forma. En este trabajo, el sujeto fue considerado como un caso típico, al ser diagnosticado con parálisis cerebral infantil moderada con tetraparesia espástica.

El diseño fue de tipo evaluativo, pues tal y como lo afirma Briones (1998) se recolectó sistemáticamente información acerca de las actividades, características y resultados de la aplicación del programa de habilidades de autocuidado de Baker y Brightman (2002), permitiendo validar su beneficio y mejorar su efectividad.

### ***Criterios de selección del caso***

Los criterios para la selección del caso fueron los siguientes:

- 1) Que el sujeto fuera menor de edad, porque de esta forma habría mayores probabilidades que no hubiera desarrollado las habilidades de autocuidado.

- 2) Que el sujeto tuviera un diagnóstico de PC, porque se pretendía que el programa de intervención se dirigiera principalmente al tratamiento de este tipo de trastorno.
- 3) Que el sujeto de intervención no hubiera desarrollado las habilidades de autocuidado.
- 4) Que los padres o tutores autorizaran la participación del sujeto en el proyecto, ya que éste sería menor de edad y además se trataría de desarrollar habilidades de la vida independiente que pudiesen ser de carácter íntimo para la familia.

### ***Sujeto***

Participó como sujeto en el programa de intervención, un varón de 11 años de edad con diagnóstico de parálisis cerebral infantil moderada con tetraparesia espástica, llamado Juan. Tenía una estatura de 1.41 m, complexión muy delgada, musculatura rígida en manos y piernas, tez morena, rasgos faciales finos, ojos pequeños y semirrasgados, boca chica, cabello castaño oscuro a casquete corto (en la parte izquierda de la cabeza se observaba una zona calva), lenguaje de difícil comprensión pues hacía largas pausas al hablar, la saliva se derramaba por las esquinas de la boca, vestía por lo regular con ropa deportiva, camiseta y tenis (la vestimenta se percibía desgastada). En general, Juan mostraba una apariencia desarreglada y no se observó que se preocupara por su aseo y arreglo personal.

### ***Escenario***

La investigación se llevó a cabo en la casa de Juan, ubicada en la Delegación Miguel Hidalgo del Distrito Federal, en una zona considerada de nivel socioeconómico bajo. La vivienda era rentada y se encontraba en una vecindad conformada por ocho departamentos, cuya estructura era de concreto techado con láminas. Constaba de dos cuartos grandes divididos en una cocina con comedor y una recámara, en donde había un ropero, un televisor, una mesa, dos sillas, un refrigerador, una estufa, un sillón y dos camas (una individual en donde dormía la

hermana y una matrimonial en donde dormían los padres y Juan).

El baño se encontraba fuera de la vivienda y era compartido con los demás habitantes de la vecindad. Los servicios de luz, drenaje y agua potable eran escasos. Se requirió acondicionar la casa para adaptarla a las necesidades de la discapacidad motora de Juan para poder dar inicio al programa de entrenamiento.

## ***Instrumentos de evaluación***

### **Entrevista clínica**

La entrevista fue un medio indispensable para obtener información relevante concerniente a la problemática de Juan, cuyo objetivo fue obtener datos sobre los antecedentes de su desarrollo y situación actual, específicamente sobre las habilidades de autocuidado. Para ello, se utilizó la entrevista del Inventario de Habilidades Básicas de Macotela y Romay (1992) compuesta por un total de 183 preguntas divididas en apartados, tanto de tipo abierto como cerrado (Págs. del anexo).

Sin embargo la entrevista de Macotela y Romay era muy general y dejaba ciertas lagunas, por lo que al estar compuesta también de preguntas abiertas dio pie a profundizar e indagar sobre los aspectos que se consideraron prioritarios de acuerdo a las necesidades de Juan en los apartados de autosuficiencia, reacciones emocionales y ante estímulos sensoriales. Asimismo, se añadieron 35 preguntas que completaron y enriquecieron la entrevista. En la tabla 8 se encuentran los 10 apartados en los que se clasificaron éstos, así como los subapartados y el número de preguntas que integraron cada uno de ellos.

**Tabla 8.** *Datos de la entrevista*

<b>Apartado</b>	<b>Subapartado</b>	<b>Preguntas</b>
1. Datos generales		30
2. Motivo de consulta y antecedentes del problema	Descripción del problema	4
	Estado general del niño	11
	Antecedentes familiares	6
	Condiciones del embarazo	21
	Condiciones del parto	28
3. Desarrollo general del niño		33
4. Comportamiento del niño		5
5. Historia escolar del niño		16
6. Aspectos generales relacionados con el problema		11
7. Comentarios finales del entrevistador		4
8. Conclusiones		1
9. <i>Autosuficiencia</i>	<i>Alimentación</i>	8
	<i>Aseo</i>	4
	<i>Arreglo personal</i>	9
	<i>Control de esfínteres</i>	6
10. <i>Reacciones emocionales y ante estímulos sensoriales</i>	<i>Sonidos</i>	2
	<i>Estímulos visuales</i>	2
	<i>Dolor, calor y frío</i>	3

### **Inventario de Habilidades Básicas**

Con base en la información obtenida en la entrevista citada anteriormente, se tomó la decisión de emplear el Inventario de Habilidades Básicas (IHB) también de Macotela y Romay (1992), con el objetivo de identificar las habilidades y deficiencias específicas de Juan y definir las áreas prioritarias a trabajar en el programa de intervención que se implementaría para desarrollar las habilidades de autocuidado.

El IHB es un instrumento que fue creado con el objetivo de ofrecer una herramienta para valorar el desarrollo de los niños con retardo. Éste evalúa un total de 726

habilidades ubicadas en cuatro áreas del desarrollo infantil: básica, coordinación visomotriz, personal-social y comunicación (ver tabla 9). Las cuatro áreas se subdividen a su vez en subáreas y éstas en categorías, reactivos e incisos, lo cual establece la estructura general del inventario, definidas como sigue:

- *Áreas*. Corresponden a la primera forma de ubicar las conductas incluidas en el inventario.
- *Subáreas*. Se refieren a las modalidades que pueden asumir las áreas gruesas del desarrollo.
- *Categorías*. Cada subárea se subdivide a su vez en categorías o clases de respuesta.
- *Reactivos*. Representan una subdivisión más fina de la estructura y corresponden a la habilidad o destreza concreta.
- *Incisos*. Corresponden a características particulares de la habilidad o destreza en cuestión.

El IHB incorpora listas de cotejo y hojas de registro en las que se encuentran las categorías, reactivos e incisos del inventario, lo cual facilita su aplicación y registro, que se realiza utilizando los siguientes códigos:

- ✓ Respuesta correcta
- X Respuesta incorrecta
- O Omisión
- Habilidad no probada

**Tabla 9.** *Inventario de habilidades básicas de Macotela y Romay (1992).*

Áreas	Subáreas	Categorías	Reactivos	Incisos
Básica	Atención	6	15	24
	Seguimiento de instrucciones	3	5	19
	Imitación	3	5	20
	Discriminación	5	36	105
Coordinación visomotriz	Motora gruesa	5	39	64
	Motora fina	4	26	69
Personal-social	Autocuidado	4	11	55
	Socialización	5	16	28
Comunicación	Vocal-Gestual	7	23	87
	Verbal-Vocal	3	11	36
	Articulación	4	9	90

En el área básica se evaluaron las subáreas de atención, seguimiento de instrucciones, discriminación e imitación, que también sirvieron para el programa de intervención. Se verificó también si Juan reconocía figuras geométricas como el cuadrado, triángulo y círculo porque en el programa de intervención se utilizarían platos circulares para la sopa y platos cuadrados para el guisado; colores para los materiales de la alimentación, el aseo y arreglo personal, el uso del sanitario y también para que el niño distinguiera las fichas rojas y azules (economía de fichas) que se le otorgaba cada vez que realizaba una conducta de manera adecuada, los días de la semana para que diferenciara los 5 días de la semana en los que se trabajaría.

En el área de ubicación espacial se evaluaron los conceptos de arriba, abajo y a los lados para enseñarle a Juan los movimientos de como cepillarse los dientes. En el área visomotriz, la motricidad fina y gruesa con tareas como recortar, presionar, colocar, garabatear, etc., para determinar la flexibilidad de sus músculos para estos movimientos que servirían de apoyo para el entrenamiento de las habilidades de autocuidado, por ejemplo, para sostener la cuchara y el tenedor, cortar con el cuchillo, sostener el cepillo, presionar la pasta dental, etc.

Finalmente, en el área personal-social se evaluó la subárea de autocuidado y adaptación social para determinar que patrones de comportamiento poseía Juan,

ello sirvió de apoyo para poder trabajar con él y tratar de cambiar y erradicar las conductas negativas que no le permitían ajustarse a las normas del medio social; también se identificaron los estados anímicos más frecuentes que dirigían su conducta y en el área de comunicación, se evaluó su competencia lingüística para discernir que tipo de comunicación se podía entablar con él y hasta que punto el lenguaje sería comprensible.

### **Inventario de las habilidades de autocuidado**

De acuerdo a los datos arrojados en el IHB y a las necesidades de Juan, se consideró prioritario entrenar las habilidades de autocuidado que se proponen en el Inventario de Habilidades de Autocuidado (IHA) de Baker y Brightman (2002), el cual tiene por objetivo determinar la línea base del desarrollo de este tipo de habilidades, en particular las relacionadas a la alimentación, al igual que a las de aseo y arreglo personal, obstante en éste no se evalúan las habilidades del uso del

El IHA evalúa 30 habilidades relacionadas al aseo y arreglo personal, vestido, baño y alimentación, Sin embargo, para este trabajo y dadas las necesidades y capacidades de Juan que se determinaron en el IHB, sólo se evaluaron por medio del IHA las habilidades de alimentación, aseo y arreglo personal (Págs. 110 a 113 del anexo). Cada habilidad se divide en varios grados de dominio, de tal forma que cada actividad a su vez está compuesta por pasos. Para indicar las habilidades presentes se marcó con una equis (X) la habilidad aprobada y las no aprobadas con un guión (-), lo que permitió determinar las habilidades de alimentación, aseo y arreglo personal prioritarias a enseñar.

### ***Programa habilidades de autocuidado***

Se utilizó el Programa de Habilidades de Autocuidado de Baker y Brightman (2002) (Págs. 114 a 132 del anexo) con el objetivo de lograr que Juan realizara de forma independiente las actividades para su cuidado personal. Basado en los resultados

que arrojó la evaluación del IHA y tomando en cuenta las necesidades y capacidades del niño, expresadas igualmente por la familia, se marcó como prioritario entrenar específicamente lo siguiente:

- Alimentación:

- Comer con cuchara.
- Comer con tenedor.
- Cortar con cuchillo.

- Aseo e higiene personal:

- Lavarse las manos.
- Secarse las manos.
- Lavarse la cara.
- Cepillarse el cabello.
- Cepillarse los dientes.

- Uso del sanitario:

- Control intestinal.
- Control urinario.

Para implementar el programa se tuvieron que plantear objetivos específicos para cada habilidad. El programa se aplicó 5 días a la semana, de lunes a viernes con sesiones de dos horas, en las cuales se entrenaron las conductas planteadas en cada una de las habilidades mencionadas.

Para las habilidades de aseo e higiene personal se tuvieron que hacer modificaciones en el contexto, puesto que el lavabo estaba fuera del departamento en el que vivía Juan, por lo tanto se hicieron adecuaciones dentro de la vivienda acondicionando un espacio en el que se encontraba un cubeta con agua y al lado una mesa pequeña con jabón, una bandeja y una toalla para que tuviera un sitio en el que pudiera lavarse las manos de forma independiente. Diariamente se repetía el

nombre de los utensilios que se utilizaron en el entrenamiento para que Juan los fuera identificando y familiarizándose con ellos, haciendo que él los repitiera de acuerdo a sus posibilidades comunicativas, hasta que logró asociar nombre-objeto y viceversa.

En el programa de habilidades de autocuidado también se incluye la habilidad para el uso del sanitario, misma que fue prioritaria a enseñar, dadas las necesidades de Juan explícitas tanto en la entrevista clínica como en el IHB de Macotela y Romay. El entrenamiento para el uso del sanitario se encuentra entre las habilidades más importantes que un niño necesita dominar. Esta habilidad fue entrenada con el objetivo de que Juan expresara sus necesidades respecto al control de esfínteres y que aprendiera a utilizar al sanitario de manera independiente.

El entrenamiento no fue sencillo y se tuvieron que hacer modificaciones en el contexto, puesto que el baño estaba fuera de la vivienda de Juan, por lo tanto se hicieron adecuaciones dentro del departamento acondicionando un espacio con una bacinica que estuviera de acuerdo al peso del niño (posteriormente al paso de los meses le construyeron un escusado pequeño de concreto inmediatamente afuera de la vivienda), al lado un bote de basura, una cubeta con agua y una mesa pequeña con papel sanitario, jabón y una toalla (diariamente se nombraban estos objetos para que Juan los fuera identificando), para que tuviera un sitio en el que pudiera hacer sus necesidades de manera independiente y tuviera lo necesario a su alcance.

Dadas las necesidades de Juan, el primer paso para el uso del sanitario fue determinar su patrón de evacuación, es decir, realizar un registro del número de veces en las que había más probabilidades de que mojara o ensuciara la trusa y pantalones. A fin de establecer dicho patrón de evacuación, se registró durante 2 semanas las veces que orinaba o defecaba, para ello se utilizó el formato que se encuentra en la página 133 del anexo, utilizando el siguiente código:

*Columna de pantalones:***S** = Está seco**O** = Se ha orinado**E** = Ha defecado**O/E** = Ha orinado y defecado*Columna de avisó:***N** = No avisó**A** = Si avisó

Después de establecer este patrón, dio inicio el entrenamiento sistemático, basado en un horario del uso del sanitario que concordara con los hábitos de Juan. Se empezó con el entrenamiento para la evacuación intestinal y luego se siguió el entrenamiento urinario, ya que la evacuación fecal ocurre con menos frecuencia que la micción. El programa del entrenamiento se puede ver en las páginas 129 a la 132 del anexo.

La implementación del “Programa de habilidades de autocuidado” comenzó desde que se le enseñaron a Juan todos los pasos a seguir de manera verbal en cada una de las habilidades a entrenar hasta adquirir la conducta deseada, utilizando el moldeamiento, el modelamiento, el reforzamiento y el encadenamiento de pasos. En ocasiones se tuvo que utilizar el costo de respuestas, la instigación verbal cuando el niño no obedecía a la instrucción y el tiempo fuera (ponerlo en un rincón) cuando por ejemplo, comía con las manos después de realizar varios intentos por comer con los utensilios adecuados. Cada vez que Juan avisaba del baño y orinaba o defecaba en el lugar adecuado, utilizando la técnica de economía de fichas, se le ponía una ficha feliz en su tablero y cada vez que Juan no avisaba del baño y no orinaba o defecaba en el lugar adecuado, se le daba tiempo fuera para que lograra ejecutar la tarea de manera eficaz.

## **Materiales**

- Mesa y sillas.
- Utensilios para comer y beber: vaso, plato, cuchara, tenedor y cuchillo.
- Manteles absorbentes y toallas de papel.
- Objetos de aseo personal: cepillo de dientes, pasta dental y cepillo para el cabello.
- Cubeta con agua para lavarse los dientes, la cara y las manos.
- Jabón y toalla de tela para secarse la cara y las manos.
- Bacinica y papel sanitario.
- Tablero y fichas de colores.
- Láminas con dibujos: secuencia de pasos para lavarse los dientes.

## ***Procedimiento***

1. Se presentó el proyecto a los padres de familia y al sujeto con PC, se les explicaron los objetivos y se obtuvo su autorización a través de firmar una carta de consentimiento informado (Pág. 102 del anexo).
2. Se aplicaron la entrevista clínica, el inventario de habilidades básicas y el inventario de habilidades de autocuidado para identificar las fortalezas y debilidades del sujeto con PC (Págs. 103 a 113 del anexo).
3. Se hizo un análisis de la información y datos obtenidos, identificando las habilidades del sujeto con PC que se trabajarían.
4. Una vez identificadas las habilidades y destrezas que el niño con PC poseía y no poseía, se obtuvo la línea base respecto a las habilidades de autocuidado y se establecieron los objetivos del programa de intervención para cada una de ellas.
5. Se acordó con los padres y con el niño las habilidades a entrenar, así como, las fechas y horarios para su implementación.

6. Se implementó el “Programa de habilidades de autocuidado” para entrenar la alimentación, el aseo y arreglo personal, así como el uso del sanitario (Págs. 114 a 132 del anexo).
7. Se hizo uso de ejercicios de rehabilitación física que se realizaban diario antes de cada sesión. Dichos ejercicios consistían en movimientos de arriba, abajo y a los lados de manos, brazos, dedos, torso, cabeza, lengua y pies (con ayuda, ya que el niño tenía inmovilizadas las extremidades inferiores), desarrollando con esto una mayor flexibilidad en las articulaciones rígidas y una mayor fuerza y resistencia para poder hacer las actividades de manera eficaz.
8. Se utilizaron técnicas de modificación de conducta, como la economía de fichas, en donde se le ponía una ficha feliz en un tablero cada vez que Juan realizaba la tarea de forma independiente y si no lo hacía se utilizaba el costo de respuestas; se hizo uso del moldeamiento y del modelamiento para que imitara las acciones a realizar, el encadenamiento de actividades y pasos, la instigación verbal para que lograra ejecutar la tarea de manera adecuada y el costo de respuestas y el tiempo fuera para decrementar las conductas no deseadas.
9. Se realizó el registro de los avances conforme los logros del niño en los formatos respectivos.
10. Se hizo una evaluación final de las habilidades de autocuidado entrenadas para valorar el grado de entrenamiento adquirido.

### ***Consideraciones éticas***

Se utilizaron las siguientes consideraciones éticas regidas por el código ético de la Sociedad Mexicana de Psicología (2002):

*Justicia, responsabilidad y consentimiento informado.* Antes de iniciar la intervención, se realizó un acuerdo con los padres de familia del sujeto

participante para obtener su consentimiento informado, explicándoles los objetivos, las características, los instrumentos y tiempos del *Programa de Habilidades de Autocuidado*.

*Desengaño.* Antes, durante y después de la recolección de los datos se explicó cuidadosamente a los padres de familia la naturaleza del estudio, con el fin de eliminar cualquier concepto erróneo que pudieran tener acerca del mismo, en particular, con los resultados esperados y el uso de la información.

*Libertad de coerción.* Se hizo del conocimiento de los padres que su participación era voluntaria y que podían abandonar el estudio en cualquier momento, sin penalización ni repercusión alguna.

*Confidencialidad.* Con el fin de proteger la identidad del sujeto participante, se garantizó que los datos que se obtuvieran de él, serían salvaguardados y estarían en anonimato, por lo que se utilizó el seudónimo Juan.

*Lenguaje.* Con el fin de respetar la integridad del sujeto participante, se decidió abstenerse del uso de lenguaje considerado negativo u ofensivo, por lo que se empleó el término *niño con PC* para referirse al atributo de la persona y no a la persona misma.

## RESULTADOS

### ENTREVISTA CLÍNICA

#### Datos personales

Sujeto: Juan, niño con parálisis cerebral (PC).

Edad al momento de la evaluación: 11 años.

Ubicación: Delegación Miguel Hidalgo.

#### Motivo de intervención

El motivo para realizar dicha intervención fue de interés personal para indagar en el tema de la PC y por la situación precaria que caracterizaba a Juan. Después de la evaluación diagnóstica fue evidente ofrecer la ayuda necesaria que le sirviera a él y a su familia para que fuera una persona independiente de sus padres al desarrollar habilidades de autocuidado.

#### Historia médica

El diagnóstico clínico lo realizaron un pediatra, un neuropediatra y un psicólogo infantil cuando Juan tenía 6 meses de edad, quienes dijeron que tenía PC moderada con tetraparesia espástica. Su historia clínica también reporta que a los 8 años de edad se cayó golpeándose la cabeza sin consecuencias aparentes. Así mismo, se le han practicado diversos estudios auditivos y visuales que no han arrojado problemas y ortopédicos que informan de pie plano. Además, sufre de gripe constantemente. El último informe médico reportó bajo peso para su edad. Actualmente no se le administra ningún medicamento, no asiste a rehabilitación, ni acude a alguna institución.

#### Antecedentes del desarrollo

El embarazo de la madre del niño no fue planeado, pues usaba como método anticonceptivo el DIU. Los factores de riesgo que pudieron causar la PC en la etapa

prenatal posiblemente fueron: la madre tenía 36 años cuando se embarazó, a los 3 meses presentó infección en las vías urinarias por lo que tomó medicamentos incontrolados y a los 7 meses le detectaron una hernia.

En la etapa perinatal ocurrió hipermadurez, pues el parto fue después de término porque la madre no asistió a revisión en la fecha indicada. De acuerdo con el reporte médico, el niño tragó líquido amniótico. El tipo de parto se practicó mediante cesárea, ya que había peligro de infección. Además, se necesitó extraerle la hernia a la madre que se le había detectado anteriormente. Esta fue atendida en un hospital en donde al momento del nacimiento y exploración del niño no le informaron de algún tipo de anomalía en el recién nacido, sin embargo la madre reporta que era notoria la flacidez en la cabeza y en el tronco.

En cuanto al desarrollo psicomotor de Juan, debido a la PC que presentaba, se encontraba en un nivel inferior del que correspondía a su edad cronológica. Había tenido un avance muy lento pero progresivo en esta área pues logró sostener la cabeza a los 2 años, se sentó por sí solo a los 7 años y se desplazó arrastrándose a los 5 años. Actualmente no camina y para desplazarse de un lugar a otro utiliza una silla de ruedas o se arrastra por el piso, por lo que se tienen que tomar precauciones en función de su condición física; es por ello, que no es conveniente actividades que requieran cierto grado de complejidad motora que implique un riesgo para él. Cabe mencionar que no controlaba esfínteres antes del programa de intervención.

Respecto al lenguaje, dijo sus primeras palabras y frases a partir de los 5 años. Su repertorio comunicativo era limitado y concreto pero no deficiente, pues se comunicaba como podía, usualmente por medio de gestos. En general, la infancia del niño se ha desarrollado en un ambiente feliz y estable a pesar de las carencias económicas de la familia.

### Contexto socio-familiar

La familia de Juan estaba integrada por 7 personas, 4 de ellas (papá, mamá, hermana menor y Juan) habitaban la vivienda y las 3 personas restantes (hermana mayor, hermano menor y hermano mayor) vivían en la misma vecindad con sus respectivas familias. El nivel socioeconómico de la familia era bajo. En la tabla 10 se encuentran los datos de la familia de Juan.

**Tabla 10.** *Datos socioeconómicos de la familia de Juan.*

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Ocupación</b>
Papá	53 años	Primaria	Vendedor por cuenta propia y otros trabajos extras
Mamá	46 años	Primaria	Hogar
Hermano A	26 años	Primaria	Ayudante de cocina
Hermano B	20 años	Primaria	Vendedor por cuenta propia
Hermana C	25 años	Secundaria	Hogar
Hermana D	12 años	Secundaria	Estudiante

### Antecedentes familiares

En lo que se refiere a los antecedentes familiares de Juan, no se reporta ningún caso de PC en la familia o de alguna otra discapacidad. Cabe mencionar que al platicar con ambos, padre y madre, no sabían con exactitud y conocimiento sobre el trastorno que padecía Juan, pues ninguno de los dos había tenido la iniciativa de buscar información acerca de su discapacidad y sólo se quedaron con lo que el médico les dijo cuando nació.

En lo referente a las relaciones familiares, no ha tenido repercusiones significativas el estado de salud de Juan en el contexto familiar, pero los padres tienen pequeñas diferencias por la atención y cuidado que se le debe prestar, ya que es un niño que requiere de cuidados especiales. Es importante señalar que debido a esto no ha podido asistir a la escuela, además de que la familia no tiene los recursos económicos para estarlo llevando y trayendo a alguna institución especializada.

## **Historia escolar**

A la edad de 4 años, Juan asistió a un *Centro de Rehabilitación Infantil Teletón* en donde recibió terapia durante un año, observándose avances lentos en el área motora, pero dejó de asistir por falta de recursos económicos, ya que el traslado implicaba gastos que no podía costear la familia. A los 6 años acudió a un CAM durante 7 meses, observándose avances en el área motriz y en las habilidades sociales, sin embargo, tuvo que dejar la institución también por falta de recursos económicos. Actualmente el niño no asiste a ninguna institución.

## **Situación actual**

Este apartado sirvió para dar cuenta de las fortalezas y necesidades de Juan a partir de las cuales se harían las adecuaciones y se plantearían los objetivos del *Programa Habilidades de Autocuidado* de acuerdo a las capacidades de Juan en las áreas: intelectual, psicomotora, de adaptación social y emocional.

## ***Habilidades de autocuidado***

Debido a la etapa por la que Juan atravesaba, era necesario que aprendiera habilidades de autocuidado que le permitieran desarrollar progresivamente su autonomía e independencia con respecto a su cuidado personal. Las habilidades de cuidado personal son prioritarias en la vida de todo ser humano, además se puede ver beneficiado el desarrollo de las habilidades motrices, visuales, de atención, así como también la autoestima y confianza. Trabajar estas habilidades no sólo beneficia al propio niño, sino también a su familia.

Cabe mencionar que Juan no había logrado el control de esfínteres y su grado de autosuficiencia era inferior al esperado. En general, no era independiente dentro de casa, pues necesitaba de ayuda para comer, para su aseo y arreglo personal, para controlar esfínteres y para hacer uso del sanitario, pues no había desarrollado estas habilidades, por lo tanto era un niño que dependía totalmente de sus padres.

## ***Inventario de habilidades básicas (IHB)***

La evaluación de las habilidades básica sirvió para determinar si Juan podía realizar actividades viso-motrices finas, tareas de discriminación, atención, etc., que servirían de línea base para saber si podría llegar a ejecutar las actividades para el cuidado personal que se requieren en esta área. A partir de esta evaluación se establecería si resultaba factible o no ejecutar el programa de autocuidado.

En las tablas 11 a 16 se encuentran las fortalezas y necesidades básicas detectadas en relación al desarrollo intelectual (tabla 11), al desarrollo psicomotor (tabla 12), al desarrollo de la competencia lingüística (tabla 13), al desarrollo de la adaptación social (tabla 14), al desarrollo de los aspectos emocionales (tabla 15) y al desarrollo del área personal-social (tabla 16), las cuales se encuentran a continuación:

**Tabla 11. Desarrollo Intelectual.**

<b><i>Fortalezas</i></b>	<b><i>Necesidades</i></b>
<p><i>Atención.</i> Tenía buena atención visual hacia los objetos pues se orientó hacia todos los estímulos que se le indicaron, también su percepción y discriminación auditiva fueron adecuadas. Mantuvo la atención necesaria y fue capaz de concentrarse durante la realización de las actividades viso-motrices finas y aún cuando los periodos dedicados a la tarea fueron prolongados, se mostró persistente para cumplir cada actividad. Los periodos en que se involucraba en las tareas eran adecuados.</p> <p><i>Seguimiento de instrucciones.</i> Seguía las instrucciones que se le indicaban.</p>	<p><i>Atención.</i> Ante el mínimo estímulo o distracción perdía la atención y la concentración, al igual que cuando se encontraba con otras personas. Cuando el evaluador se alejaba de su campo visual también se distraía. Se mostraba muy desordenado en algunas actividades cuando en ocasiones se distraía, pues comenzaba a desacomodar y a jugar con el material, episodios que ocurrían principalmente cuando no podía realizar a tarea que se le indicaba.</p> <p><i>Seguimiento de instrucciones.</i> En ocasiones necesitó ayuda para realizar correctamente las instrucciones que se le daban.</p>

**Tabla 11. Continuación...**

<p><i>Imitación.</i> Imitaba cualquier acción de acuerdo a sus posibilidades motrices. Realizó la imitación de un modelo en las habilidades relacionadas con el autocuidado, las habilidades domésticas y la coordinación motora fina con ayuda.</p> <p><i>Discriminación.</i> Pudo identificar la similitud entre objetos de diferente tamaño, color y peso. En las actividades de señalamiento e igualación se mostró más entusiasta y más familiarizado. Reconocía figuras geométricas sólo si se le decía “éste es un cuadrado y éste es un círculo”, ahora dime ¿cuál es el cuadrado y cuál es el círculo?, el niño señalaba adecuadamente la figura diciendo su nombre. Reconocía algunas frutas y alimentos.</p> <p><i>Ubicación temporal.</i> Identificaba el hoy.</p> <p><i>Ubicación espacial.</i> Identificaba arriba, abajo, lejos y cerca.</p>	<p><i>Imitación.</i> Le resultaba más fácil reproducir la conducta por imitación que por instrucción.</p> <p><i>Discriminación.</i> En la actividad de denominación de objetos no hubo respuesta y tampoco reconocía las figuras geométricas. Requería de ayuda para reconocer todos los colores a excepción del color azul. No identificaba las figuras geométricas por su nombre pues si se le preguntaba “¿cómo se llama esta figura?” no respondía a la petición. Así mismo, necesitaba ayuda para identificar las consonantes, vocales y números, así como para leer y escribir.</p> <p><i>Ubicación temporal.</i> Requería de ayuda para identificar los días de la semana, los meses, el ayer y el mañana.</p> <p><i>Ubicación espacial.</i> Precisaba de ayuda para identificar adelante, atrás, afuera, adentro, derecha e izquierda.</p>
---	--

**Tabla 12. Desarrollo psicomotor.**

<b>Fortalezas</b>	<b>Necesidades</b>
<p><i>Coordinación motora gruesa.</i> Podía realizar movimientos coordinados como rodar, hincarse, acostarse y lanzar objetos grandes, por ejemplo un pelota.</p> <p><i>Coordinación motora fina.</i> Era capaz de realizar movimientos como extraer, colocar, presionar y garabatear en hojas.</p>	<p><i>Coordinación motora gruesa.</i> Tenía serias dificultades para poder controlar su cuerpo, no podía sostenerse de pie pues estaba imposibilitado para caminar y correr, por lo tanto requería de una silla de ruedas para poder desplazarse.</p> <p><i>Coordinación motora fina.</i> Tenía dificultades para poder realizar movimientos finos para ensartar y recortar aunque se le proporcionó ayuda y modelo. En lo que se refiere a la escritura, requería de ayuda, pues necesitaba que se le sostuviera la hoja para que él pudiera garabatear, ya que por sí solo no podía mantener la hoja en la misma posición, porque el trazo lo hacía tomando con mucha fuerza el lápiz, por lo tanto, la hoja se le movía constantemente.</p>

**Tabla 13. Desarrollo de la competencia lingüística.**

<b>Fortalezas</b>	<b>Necesidades</b>
<p><i>Comunicación verbal-vocal.</i> Respondía de manera congruente lo que se le formulaba y las instrucciones que se le daban con palabras concretas, por lo cual entendía lo que se le decía. Con ayuda podía mantener una conversación y hablar con estructura gramatical.</p> <p><i>Comunicación vocal-gestual.</i> Utilizaba la indicación o señalización acompañada de la palabra (apenas comprensible) para referirse a los objetos. Decía palabras para designar los objetos, realizaba una acción o señalaba a la persona que había de realizarla, aunque todo esto lo hacía apoyándose de gestos, por ejemplo decía “avenana” (ventana) y señalaba hacia la ventana.</p> <p><i>Articulación.</i> Decía palabras apenas comprensibles para designar los objetos.</p>	<p><i>Comunicación verbal-vocal.</i> El lenguaje que manejaba no siempre era adecuado. Su vocabulario era limitado y su tono de voz era bajo. Aunque manejaba cierto lenguaje, no siempre utilizaba estructuras gramaticales y no podía sostener una conversación,</p> <p><i>Comunicación gestual.</i> Cuando decía alguna palabra sobre un objeto movía mucho las manos para ubicarlo.</p> <p><i>Articulación.</i> Omitía fonemas y por lo general adhería el sonido /a/ (principalmente a las palabras que empezaban con la letra /m/), sustituía sonidos como la /b/ por la /d/, la /r/ por la /t/ ó /l/, la /i/ por la /e/ y a las palabras que llevan /m/ en medio les adhería otra /m/ al inicio de la palabra como por ejemplo “camisa” decía “mamisa”.</p>

**Tabla 14. Desarrollo de la adaptación social.**

<b>Fortalezas</b>	<b>Necesidades</b>
<p>Mostró facilidad para adaptarse al escenario y al evaluador. En lo que se refiere a las situaciones grupales, accedió a permanecer quieto y observaba detenidamente a los demás, sin embargo no hubo interacción por él mismo pues necesitaba que alguien se acercara y le hablara. No se involucró en actividades de juego, alimentación, aseo y arreglo personal, aunque en estas últimas fue persistente en realizarlas, constantemente solicitaba aprobación de un adulto.</p> <p>Respecto a las características personales y las relaciones sociales, mostraba una actitud positiva, siempre estaba dispuesto a obedecer las reglas que le imponían los familiares.</p>	<p>Se resistía a compartir cosas con los demás, presentando conductas como agresión física, agresión verbal y rabietas. Era totalmente dependiente de sus padres para la organización de su vida habitual y en las decisiones que se tomaban. Era muy desordenado, pero cuidaba que nadie más agarrara sus cosas.</p>

**Tabla 15.** *Desarrollo de los aspectos emocionales.*

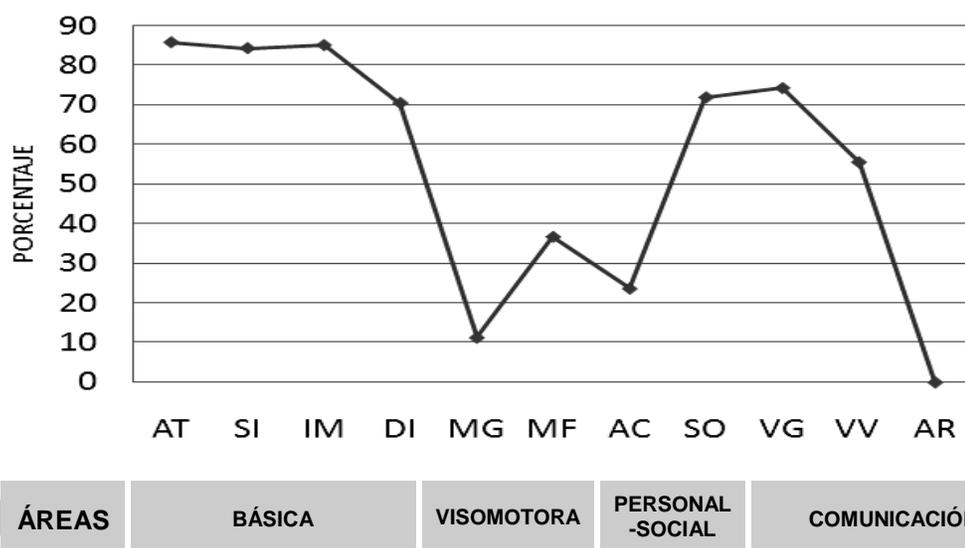
<b>Fortalezas</b>	<b>Necesidades</b>
<p><i>Adaptación.</i> Se adaptaba fácilmente a las situaciones, siempre y cuando se sintiera en un clima de confianza. La persona más significativa en su vida era su mamá.</p> <p><i>Interacción.</i> Se relacionaba e integraba con sus iguales de manera cordial.</p> <p><i>Estado de ánimo.</i> Se mostraba contento y entusiasta cuando estaba con otros niños, aunque muchos de éstos le rehuían. Su estado de ánimo habitual, era feliz pues casi siempre estaba sonriendo y mostraba tristeza o alegría ante los sentimientos de los demás.</p>	<p><i>Adaptación.</i> Era tímido y cuando había un extraño se mostraba inseguro y perturbado.</p> <p><i>Interacción.</i> Si se sentía agredido reaccionaba o se enfrentaba a los conflictos y frustraciones con rabietas y siendo agresivo, golpeando y expresando palabras obscenas.</p> <p><i>Estado de ánimo.</i> Sólo mostraba sentimientos de tristeza cuando otras personas estaban tristes.</p>

**Tabla 16.** *Desarrollo del área personal-social: Autocuidado.*

<b>Fortalezas</b>	<b>Necesidades</b>
<p><i>Alimentación.</i> Avisaba cuando tenía necesidad de comer, masticaba y deglutía los alimentos, comía utilizando los cubiertos solamente con la ayuda de un adulto, podía sostener el vaso cuando bebía alimentos líquidos como agua o refresco.</p> <p><i>Aseo y arreglo personal.</i> Sabía que tenía que cuidar su arreglo y cuidado personal y podía realizar algunas actividades relacionadas a ello, por ejemplo, para lavarse las manos y la cara untaba el jabón en las manos. Se daba cuenta cuando estaba sucio o limpio. Ayudaba a peinarse, pero tenía mejor tono muscular del lado izquierdo, entonces éste era el único lado que se peinaba.</p>	<p><i>Alimentación.</i> Requería de ayuda para alimentarse, por ejemplo, solicitaba que alguien le sostuviera la cuchara y se la llevara a la boca; no conocía los utensilios de comida, ni para que servían cada uno de ellos, por ejemplo, utilizaba el tenedor para comerse la sopa. Comía con las manos y cuando deseaba comer sin hacer uso de ellas, requería ayuda. No tenía buenos modales a la hora de comer y comía de los platos de las demás las personas sin que los padres dijeran nada. Derramaba líquido cuando bebía algo.</p> <p><i>Aseo y arreglo personal.</i> Presentaba serias dificultades pues no realizaba de manera eficiente las tareas para cuidarse a sí mismo y no se preocupaba por su arreglo personal. Llevaba a cabo de manera parcial e invirtiendo las acciones el aseo de manos, cara, cepillado de dientes y cabello, pues no seguía todos los pasos y se saltaba algunos de ellos, por ejemplo, primero se untaba el jabón sin haberlo humedecido por lo que no hacía espuma y luego se lavaba las manos o la cara, posteriormente se secaba las manos sin haberse enjuagado antes. Además requería de apoyo para abrir la llave del agua y para frotarse el jabón en las manos. Se bañaba con el apoyo de un adulto. Necesitaba ayuda para peinarse del lado derecho del cabello y cepillarse los dientes.</p>

**Tabla 16. Continuación...**

<p><i>Vestido.</i> Podía desvestirse él solo, pero sólo se ponía y se quitaba las prendas de vestir de la parte superior del cuerpo como la playera y el suéter.</p>	<p><i>Vestido.</i> Requería de ayuda para poderse quitar y poner las prendas de la parte inferior del cuerpo como el pantalón, la trusa, los calcetines y los zapatos. Necesitaba ayuda para distinguir el derecho y el revés de las prendas de vestir.</p>
<p><i>Control de esfínteres.</i> Reconocía cuando se orinaba o defecaba, pero no avisaba.</p>	<p><i>Control de esfínteres.</i> No tenía control de esfínteres en ningún momento del día. No avisaba cuando estaba sucio. Usaba pañal desechable y necesitaba que un adulto lo aseara con frecuencia. Se requería de adecuaciones en la casa, ya que el lavabo y el baño se encontraban en el exterior del departamento y era difícil para el niño estarse trasladando de un lugar a otro.</p>

**Figura 2. Evaluación inicial de las habilidades básicas.****CLAVES DE LAS SUBÁREAS**

<i>Básica</i>	<i>Viso-motriz</i>	<i>Personal-social</i>	<i>Comunicación</i>
AT atención	MG coordinación motora gruesa	AC autocuidado	VG comunicación vocal-gestual
SI seguimiento de instrucciones	MF coordinación motora fina	SO socialización	VV comunicación verbal-vocal
IM imitación			AR articulación
DI discriminación			

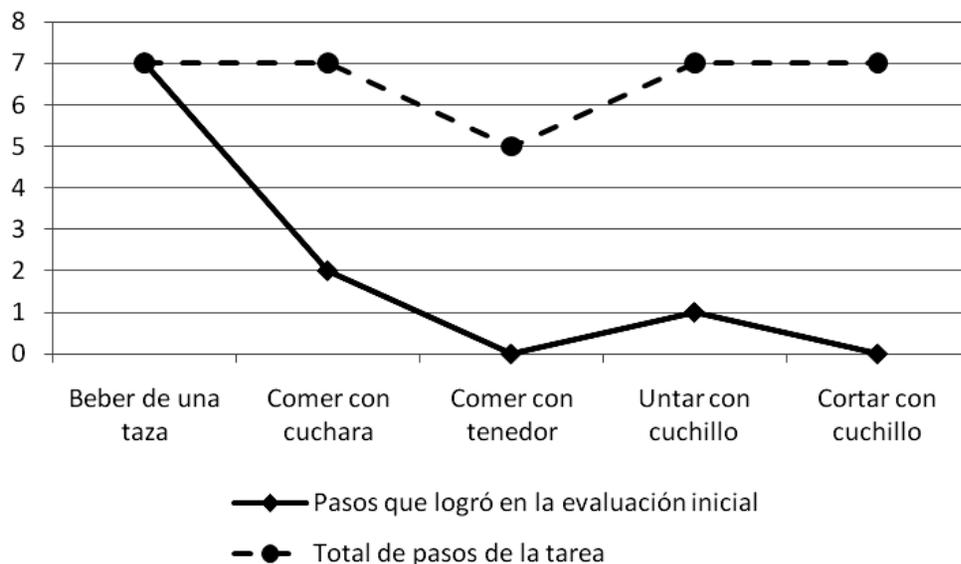
En la figura 2 se presenta como apoyo visual de los resultados del IHB las áreas viso-motriz (específicamente en motricidad gruesa), personal-social (particularmente en habilidades de autocuidado) y comunicación (específicamente en articulación), que eran las habilidades que requerían de mayor entrenamiento. Sin embargo, debido a las necesidades y capacidades de Juan, se hizo prioritario entrenar las habilidades de autocuidado que sirvieran de base para el desarrollo de otras habilidades.

### ***Inventario de Habilidades de autocuidado (IHA)***

De acuerdo a la información obtenida en el IHB sobre las necesidades y capacidades de Juan y las de su familia, se hizo preeminente entrenar las habilidades de autocuidado, en especial las de alimentación, aseo y arreglo personal, así como el control de esfínteres. Para dar cuenta de ello, se utilizó el IHA de Baker y Brightman (2002), cuyos resultados se presentan a continuación incluyendo el grado de dominio que presentaba Juan en cada una de ellas. Para evaluar el control de esfínteres se utilizaron los pasos a seguir para hacer uso del sanitario también de este autor.

#### **Alimentación**

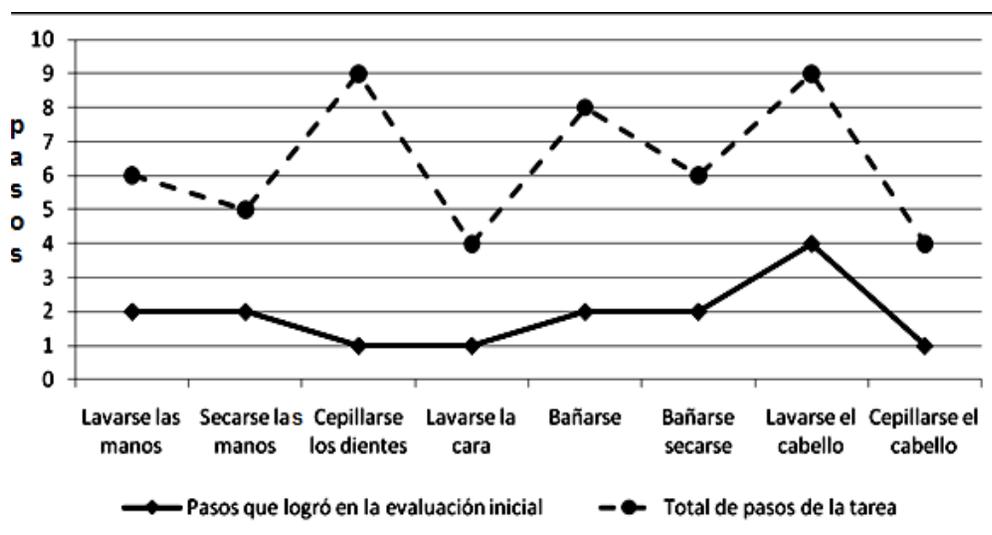
En la figura 3 se presentan las cinco habilidades de la variable alimentación evaluadas: beber en taza, comer con cuchara, comer con tenedor, untar con cuchillo y cortar con cuchillo. Como se puede apreciar, de las cinco habilidades evaluadas, comer con cuchara, comer con tenedor, untar con cuchillo y cortar con cuchillo, fueron las que requirieron ser entrenadas. El total de pasos que cubre cada habilidad está marcado con círculos.



**Figura 3.** Evaluación inicial de las habilidades de alimentación.

### Aseo y arreglo personal

En la figura 4 se presentan las ocho habilidades evaluadas relacionadas al aseo y arreglo personal, graficándose el número de pasos que el niño podía ejecutar por sí solo. Se puede apreciar que de las ocho habilidades evaluadas, secarse las manos, lavarse las manos, lavarse la cara, cepillarse los dientes y cepillarse el cabello fueron las habilidades que requirieron ser entrenadas. El total de pasos que cubre cada habilidad está marcado con círculos.



**Figura 4.** Evaluación inicial de las habilidades de aseo y arreglo personal.

## Uso del sanitario

En la figura 5 se presentan las diez habilidades evaluadas para el uso del sanitario: identificar la necesidad de orinar o defecar, identificar el sanitario, reconocer el papel, bajarse el pantalón, bajarse la trusa, evacuar en el lugar adecuado, coger el papel, limpiarse, subirse la trusa y subirse el pantalón.

Se codificaron las habilidades que el niño podía ejecutar por sí solo de acuerdo a la siguiente nomenclatura: 1 = “lo hace” ó 0 = “no lo hace”. Las habilidades que constituyeron los indicadores se obtuvieron de los objetivos planteados en el programa diario para ir al sanitario. Como se puede apreciar, de las actividades evaluadas, identificar la necesidad de orinar o defecar, identificar el sanitario, bajarse y subirse el pantalón, bajarse y subirse la trusa, evacuar en el lugar adecuado, coger el papel y limpiarse, fueron las que requirieron ser entrenadas.



**Figura 5.** Evaluación inicial de las habilidades para el uso del sanitario.

## ***Entrenamiento de las habilidades de autocuidado***

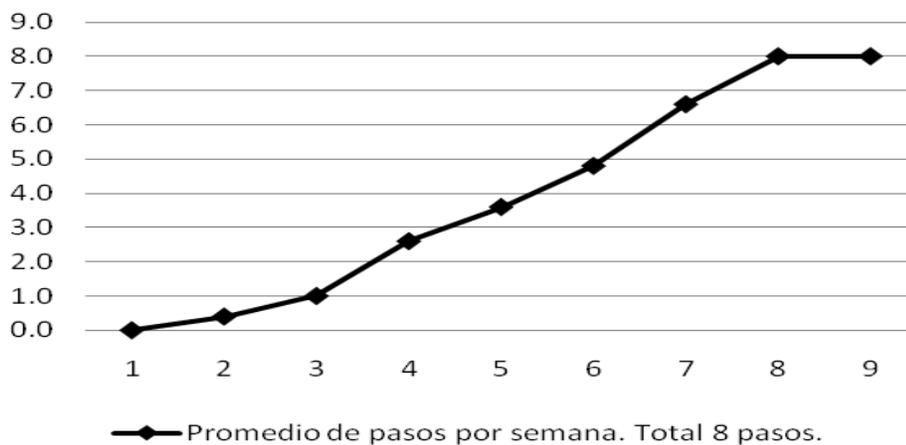
### **Alimentación**

#### ***Comer con cuchara***

El entrenamiento de comer con cuchara se llevó a cabo de acuerdo al horario de comida de la familia. Se le explicaba a Juan que la mayoría de los alimentos líquidos se consumen con cuchara para que no se derramen por los lados y que los alimentos sólidos se consumen con tenedor. De esta manera y con el repaso diario, en la semana 3 pudo identificar y diferenciar la utilidad de la cuchara de los demás utensilios y también pudo reconocer qué alimentos se consumían con ésta.

El entrenamiento comenzó con ayuda física para llevarse la cuchara a la boca, después se le llenaba la cuchara para que él la recogiera, posteriormente sólo requería modelamiento de los pasos a seguir, hasta llegar al entrenamiento bajo instrucciones y reforzamiento que ocurrió en la semana 7. En esta semana se observaron grandes logros puesto que el niño pudo tomar el alimento con la cuchara al darle la instrucción para realizar la tarea.

A la semana 8 se le retiró toda la ayuda, puesto que comer con cuchara ya había sido dominada de forma independiente y sólo necesitaba supervisión, por lo tanto así terminó su entrenamiento. Se puede concluir de esta actividad que Juan comenzó a tener avances hasta la semana 3 y al finalizar el programa, él podía realizar todos los pasos de comer con cuchara. Los avances de comer con cuchara se muestran en las figuras 6 y un ejemplo de ello se puede observar en la figura 7.



*Figuras 6 y 7. Avances y actividades de comer con cuchara.*

### ***Comer con tenedor***

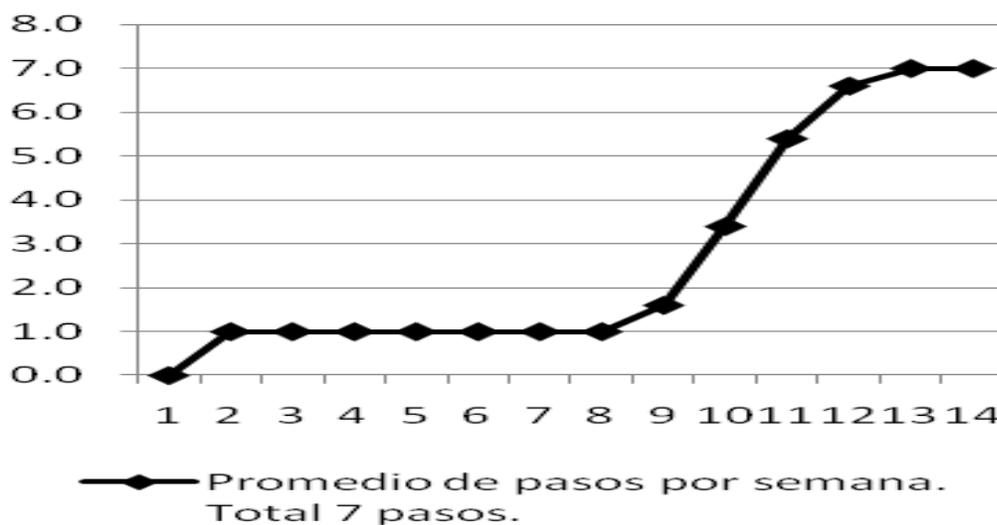
El entrenamiento de comer con tenedor se llevó a cabo de acuerdo al horario de comida de la familia. Después de comer algo líquido (sopa) con la cuchara, se le daba de comer algo sólido (guisado) para que pudiera pincharlo con el tenedor. Al inicio del programa se le indicaba que la mayoría de los alimentos sólidos se consumían con tenedor, de esta manera y con el repaso diario a la semana 2 pudo identificar y diferenciar el tenedor de los demás utensilios y pudo reconocer qué alimentos se comían con éste. Juan no podía sostener el tenedor firmemente debido a sus movimientos rígidos y también usaba el tenedor como una cuchara.

El entrenamiento comenzó con ayuda física para llevarse el tenedor a la boca, a partir de la semana 2 a la semana 8 mantuvo una ejecución sin avances. En estas semanas Juan no podía sostener el tenedor firmemente necesitaba de ayuda física,

pero progresivamente fue avanzando, pinchando el alimento con el tenedor con orientación. Después sólo requería modelamiento de los pasos a seguir hasta llegar al entrenamiento bajo instrucciones y reforzamiento, esto ocurrió hasta la semana 9 y desde esta semana su avance fue notorio.

Gradualmente se observaron grandes logros puesto que el niño pudo pinchar alimentos suaves con el tenedor. A la semana 10 logró consumir diversos alimentos con tenedor sin ayuda y a partir de esta semana se fueron dando avances importantes, pues el niño ya podía pinchar y consumir los alimentos de forma independiente y sólo requería de supervisión, por lo tanto la habilidad fue dominada y se dió por terminado el programa.

Se puede concluir respecto a la conducta de comer con tenedor, que Juan comenzó a tener avances hasta la semana 9 y de ahí en adelante se dieron de forma consecutiva, por lo que al finalizar el programa Juan podía realizar todos los pasos de esta actividad. Los avances se pueden ver en la figura 8 y un ejemplo de ello se ilustra en la figura 9.





**Figuras 8 y 9.** Avances y actividades de comer con tenedor.

### ***Cortar con cuchillo***

El entrenamiento de cortar con cuchillo se llevaba a cabo después de comer algo sólido con el tenedor. Se le proporcionaba a Juan un alimento como salchichas para que pudiera cortarlo, así mismo, se le indicaba que alimentos se cortaban con cuchillo. El entrenamiento comenzó cuando se realizaban cortes parciales de los trozos de comida para que Juan terminara de cortarlos con ayuda, después fue realizando todos los pasos de cortar el alimento en forma completa con ayuda. Esto ocurrió hasta la semana 14 y desde esta semana fue avanzando progresivamente, pues terminó cortando por sí solo alimentos cortados parcialmente, después sostenía firmemente el tenedor mientras cortaba con el cuchillo y poco a poco fue requiriendo sólo instrucciones.

Finalmente, Juan pudo utilizar el cuchillo de forma autónoma en la semana 15 sin necesidad de ayuda o instrucciones, pero siguió requiriendo de supervisión por lo tanto esta actividad no fue dominada en su totalidad de forma completamente independiente debido a su problema motor, por lo que se dió por terminado el programa. Se puede concluir que Juan comenzó a tener avances hasta la semana 11 como se observa en la figura 10. Al finalizar el programa en la semana 17, Juan podía realizar todos los pasos de cortar con cuchillo, ejemplificándose esto en la figura 11.



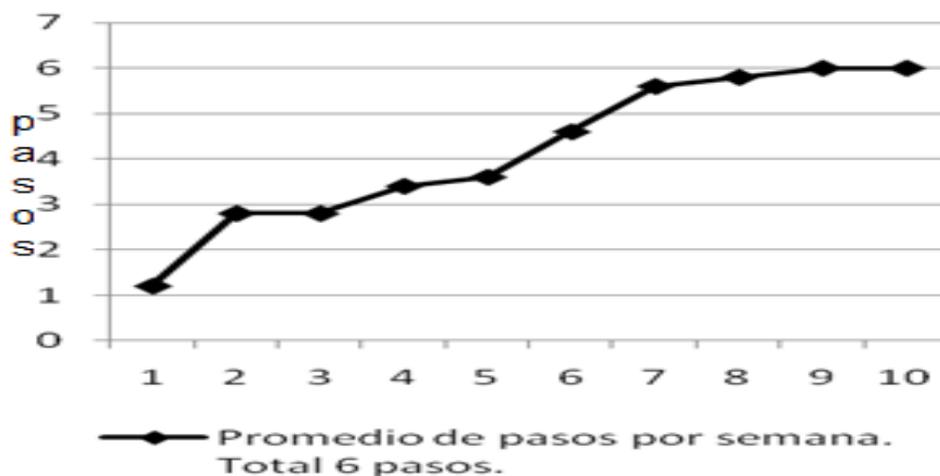
*Figuras 10 y 11. Avances y actividades de cortar con cuchillo.*

## **Aseo y arreglo personal**

### ***Lavarse las manos***

Este entrenamiento se llevó a cabo en tiempos cotidianos, después de comer e ir al baño. En éste, debido a su PC, a Juan le costaba mucho trabajo tomar la bandeja y recoger el agua de la cubeta, al untarse jabón sólo lo hacía en la palma de las manos y no frotaba las manos para hacer espuma y enjuagarse. Cada uno de los pasos para el lavado de manos se le fueron modelando, los avances comenzaron a notarse en la semana 2 en la que logró tomar la bandeja con agua. Cabe mencionar que Juan ya tenía un poco de conocimiento de las actividades que comprendía el lavarse las manos, por lo que le resultó fácil enjabonarse y frotarse éstas con ayuda en la primera semana y en la semana 2 podía eliminar el jabón de las manos él solo.

Este comportamiento se mantuvo hasta la semana 5 en la que se enjabonaba y frotaba las manos por sí solo mediante instrucción, hasta la semana 8 que fue capaz de lavarse las manos completamente por sí mismo y así se dio por terminada esta actividad. Se puede concluir que Juan comenzó a tener avances a partir de la semana 2, en adelante el progreso se dió de forma gradual, al finalizar Juan pudo realizar todos los pasos de manera independiente. Los avances se muestran en la figura 12 y en la figura 13 se ilustra la actividad que comprendía el entrenamiento para el lavado de manos.



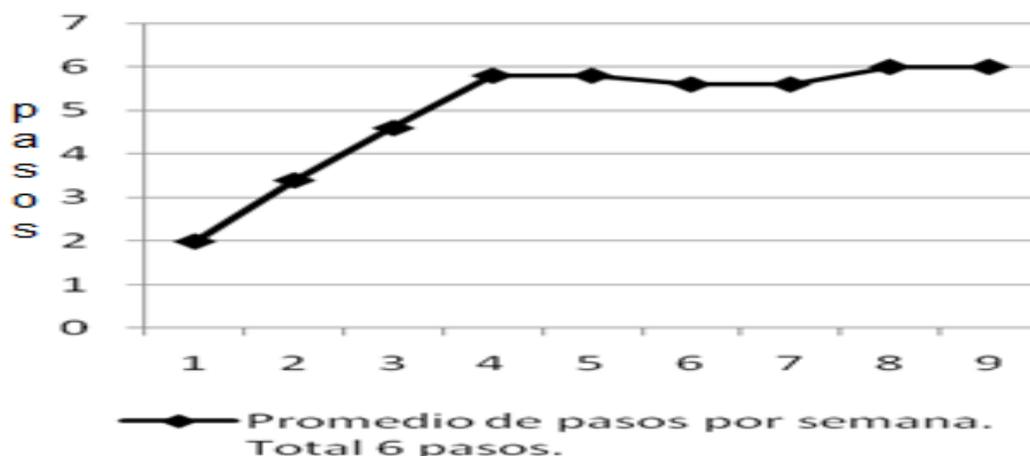
**Figuras 12 y 13.** Avances y actividades para lavarse las manos.

### ***Secarse las manos***

Este entrenamiento se llevó a cabo después de lavarse las manos, puesto que se dio en encadenamiento con éste. Dicho entrenamiento comenzó desde que se le enseñaron todos los pasos a seguir de manera verbal, después con modelamiento e instrucción para la realización de cada paso. Al inicio del programa, Juan ya realizaba algunos de los pasos que comprendían secarse las manos, puesto que se secaba el dorso mientras se le sostenía la toalla, sin embargo no se secaba las palmas de las manos.

Los avances de este programa se dieron a partir de la segunda semana en la que Juan ya pudo secarse las palmas de las manos mientras se le sostenía la toalla y mediante modelado e instrucción. A partir de la tercera semana Juan se secaba las palmas y el dorso de las manos por sí solo, solamente dando la instrucción, por lo que en esta semana solo se supervisaba la actividad.

Hasta la semana 4 Juan pudo secarse las manos completamente por sí mismo, sin embargo en ocasiones requería de instrucciones para seguir la secuencia de esta actividad. La habilidad fue dominada a la semana 8 y así se dió por terminado el secado de manos. Se puede concluir que Juan comenzó a tener avances a partir de la semana 2 y en adelante el progreso se dio de forma gradual y al finalizar, Juan pudo realizar todos los pasos de la actividad. Los avances que se tuvieron se observan en las figuras siguientes.





**Figuras 14 y 15.** Avances y actividades para secarse las manos.

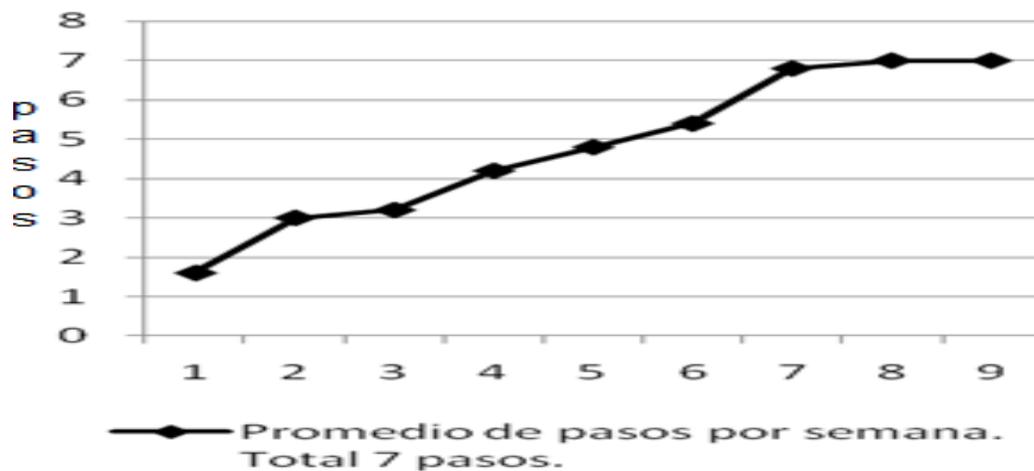
### ***Lavarse la cara***

El entrenamiento de lavarse la cara se llevó a cabo por la mañana. Se utilizó el mismo escenario que en el lavado de manos, comenzó desde que se le enseñaron todos los pasos a seguir de manera verbal, después con modelamiento, instrucción para la realización de cada paso y reforzamiento.

Juan identificaba la parte de su cuerpo a la que se le llama cara. Al comienzo del programa se enjabonaba todas las partes de su rostro pero no podía enjuagarse (por ejemplo, solo se enjuagaba el mentón, debido también al problema motor), sin embargo se enjuagaba si se le guiaba con sus manos, este fue un proceso que duró de la semana 1 a la semana 2. A partir de esta semana en adelante se dieron avances graduales que fueron más significativos hasta la semana 5, puesto que ya se enjabonaba y lavaba todas las partes de su rostro mediante el modelado y cuando se le indicaba donde lavarse.

En la semana 6 logró lavarse todas las partes de su cara y solo requería de supervisión finalmente a la semana 7 se logró lavar y enjuagar el rostro por sí solo, por lo que la habilidad fue dominada y el programa se dio por terminado, los avances se pueden observar en la figura 16. Se puede concluir en esta habilidad

que Juan comenzó a tener avances a partir de la semana 2 y en adelante se dieron de forma gradual. Al finalizar, pudo realizar todos los pasos de la actividad, algunos de los cuales se ilustran en la figura 17.

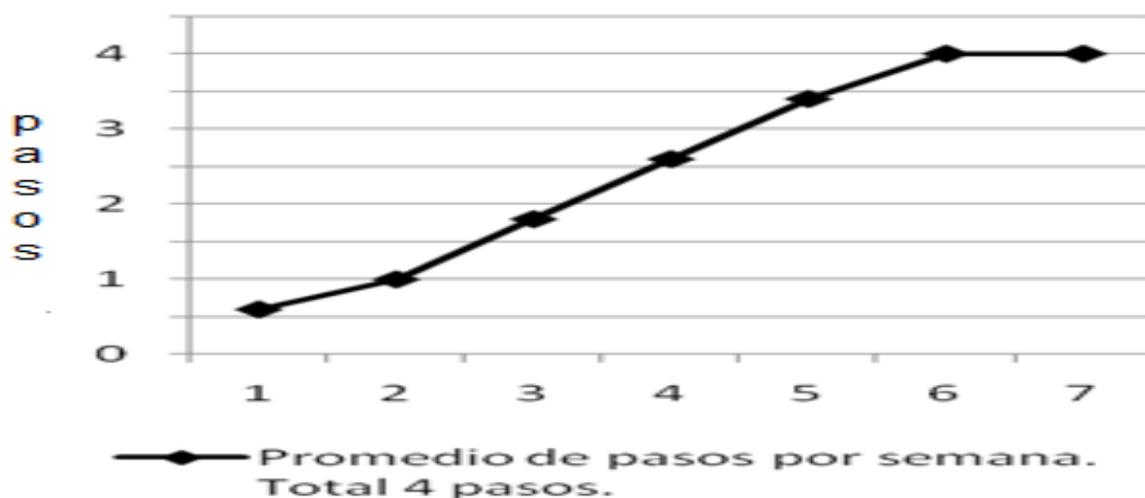


**Figuras 16 y 17.** Avances y actividades de lavarse la cara.

### ***Cepillarse el cabello***

Cepillarse el cabello se llevó a cabo en encadenamiento con el lavado de la cara. El entrenamiento fue el más sencillo de todos puesto que implicó menos tiempo y esfuerzo que las demás actividades. En la semana 2 logró identificar que el cepillo era el que tenía que utilizar para cepillarse el cabello. El entrenamiento comenzó desde que se le enseñaron todos los pasos a seguir de manera verbal, después con modelamiento e instrucciones verbales para la realización de cada paso al cepillarse de atrás hacia adelante y posteriormente reforzamiento. Al inicio Juan ya

sabía cómo tomar el cepillo pero sólo se cepillaba del lado izquierdo, por lo tanto se le tenía que guiar con las manos para cepillarse el cabello de toda la cabeza. En la semana 3 Juan logró cepillarse el cabello en donde se le indicaba mediante el modelado. Durante estas semanas y en adelante hubieron avances contundentes, ya sólo requería de supervisión puesto que en la semana 6 ya era capaz de cepillarse el cabello completamente por sí solo. En la figura 18 se pueden ver los avances. Se puede concluir en esta habilidad que Juan comenzó a tener avances hasta la semana 3 y de ahí en adelante se dieron de forma gradual. Al finalizar pudo realizar todos los pasos de la actividad, esto se muestra en la figura 19.



**Figuras 18 y 19.** Avances y actividades de cepillarse el cabello.

### ***Cepillarse los dientes***

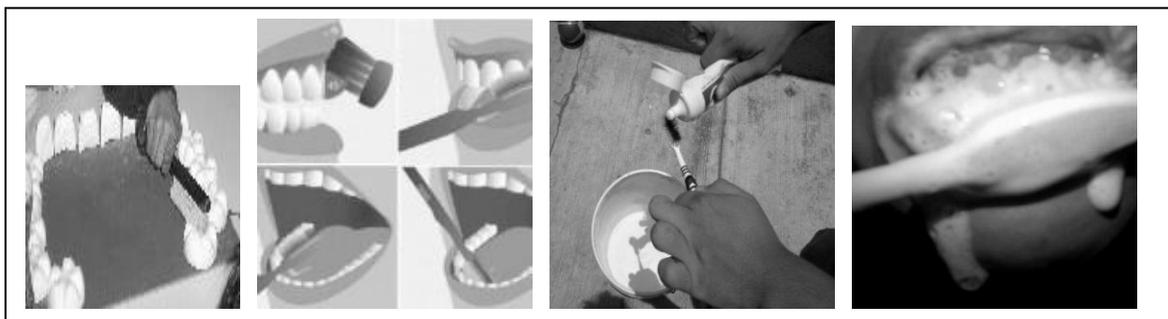
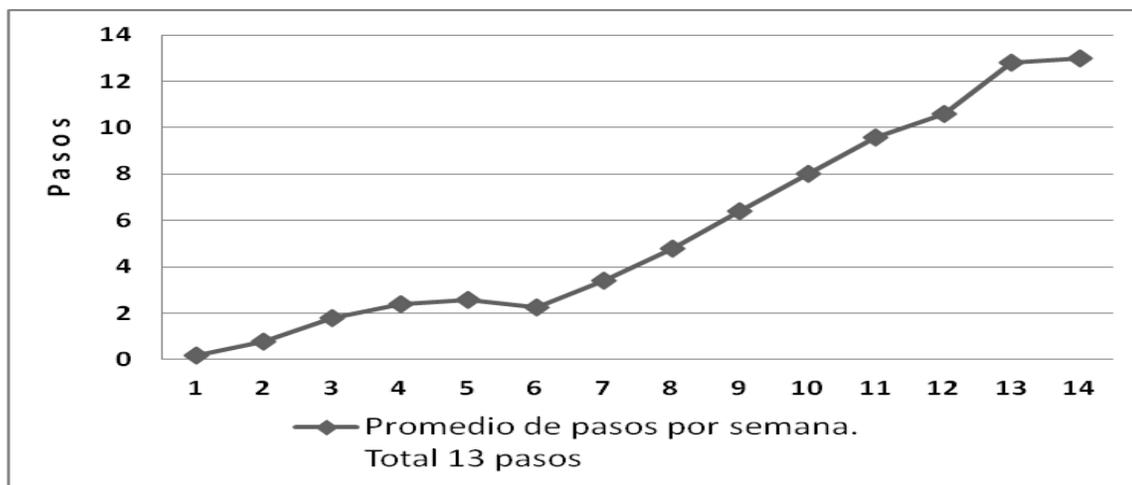
El entrenamiento se llevó a cabo en tiempos habituales después de comer. El desarrollo o consolidación de esta habilidad fue de cierto grado de dificultad para Juan por la rigidez de sus músculos, cosa que lo afectaba considerablemente para poder sostener el cepillo, la pasta se le derramaba, solo se cepillaba los dientes frontales de manera tosca hasta sangrarse las encías y no se enjuagaba la boca, además invertía los pasos a realizar en la tarea, por lo cual se optó por utilizar una maqueta con la representación de una boca con los dientes superiores e inferiores. Diariamente se le enseñaba cuales y en donde se encontraban los dientes incisivos, caninos, las muelas y la lengua, al igual de cómo debía cepillarlos.

El entrenamiento comenzó con modelamiento de los pasos a seguir, pero los avances eran lentos en comparación con las demás habilidades, puesto que invertía los pasos, por lo tanto se decidió utilizar unas láminas con la secuencia de pasos que se tenían que llevar a cabo en el cepillado de dientes.

Se mostraba la lámina con el paso y él tenía que reproducirlo, esto le resultó más significativo y sólo así se pudo avanzar de manera concisa hasta llegar al entrenamiento bajo instrucciones y reforzamiento de los pasos a seguir. Juan logró colocar la pasta en el cepillo con ayuda física en la semana 11, así fue progresando hasta la semana 12 cuando logró colocarla en el cepillo sin ayuda. En la semana 10 logró cepillarse los dientes mientras se guiaba con las manos el movimiento que se tenía que hacer: de arriba hacia abajo de atrás hacia adelante y hacía los lados. Pudo cepillarse los dientes frontales y de la parte trasera de la dentadura entre las semanas 13 y 15 mediante modelamiento. Sin embargo para escupir el agua lo hizo desde la semana 3 y se enjuagó sus dientes mediante instrucciones verbales en la semana 18. Juan al inicio del entrenamiento no podía llenar el vaso tomando el agua de un recipiente y requería de ayuda física para hacerlo, pero con la práctica cotidiana logró llenar el vaso de agua en la semana 17.

A partir de este momento, sólo requería de supervisión para llevar a cabo la secuencia y en ocasiones de instrucciones verbales. Es así que para la semana 18 y con avances lentos pero seguros, logró cepillarse los dientes completamente por sí solo, dándose por concluida la actividad. Cabe mencionar que de la semana 20 a la 21 no se llevó a cabo el entrenamiento debido a que se atravesó un puente vacacional y en estas semanas las tareas las realizó con la madre. Cuando se regresó de ese lapso, el niño no respondía a los requerimientos de la secuencia, sin embargo al otro día ejecutó las tareas de manera adecuada como normalmente lo hacía. Juan comenzó a tener avances a partir de la semana 7 y en adelante se dieron de forma gradual, los cuales se pueden observar en la figura 20.

Al finalizar el programa, Juan podía realizar todos los pasos de la actividad de manera independiente. En la figura 21 se muestra la maqueta y las imágenes que se utilizaron para ilustrar la actividad.



**Figuras 20 y 21.** Avances y actividades de cepillarse los dientes.

## **Uso del sanitario**

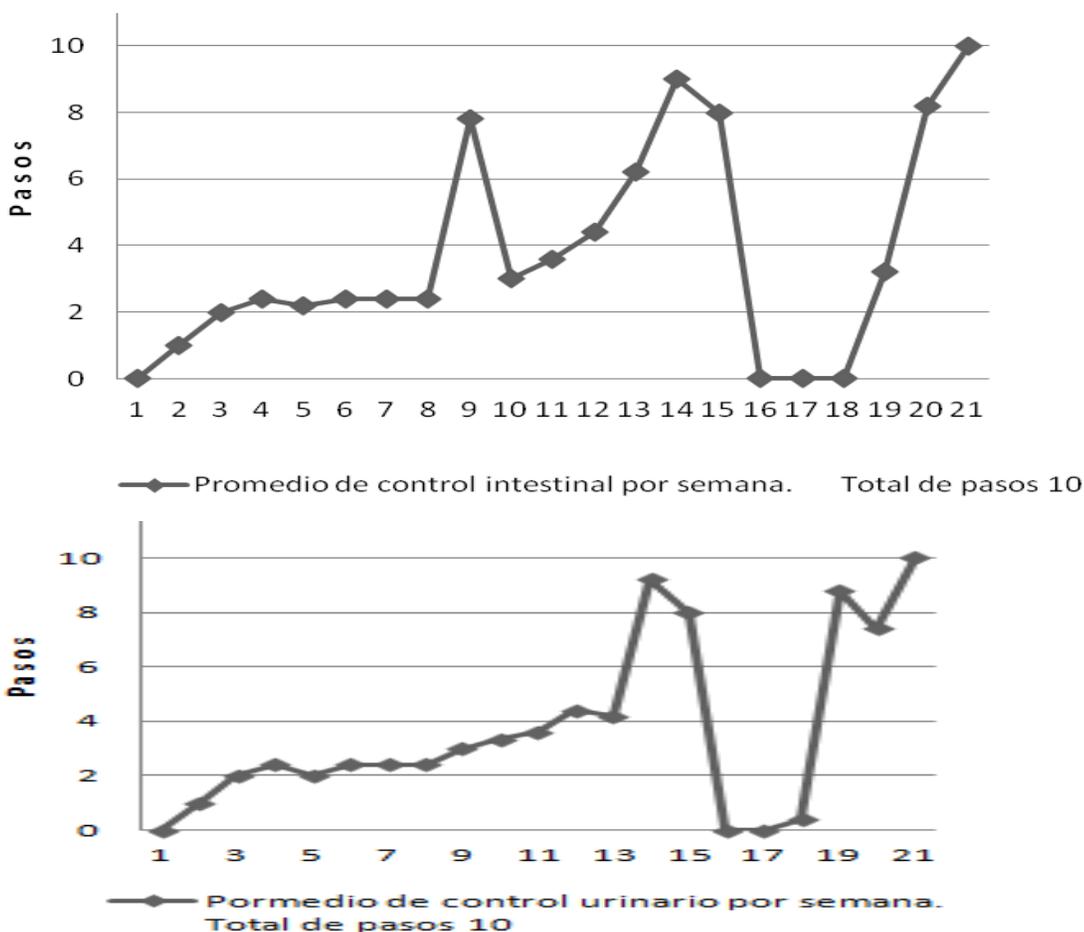
### ***Control urinario e intestinal***

Al inicio del programa no se pudo obtener el patrón de las veces en que Juan orinaba y defecaba. Es importante mencionar que el programa urinario costó más trabajo, puesto que el niño orinaba cada vez que tomaba agua y es que estaba acostumbrado a tomar refresco durante todo el día, por lo tanto se requirió quitarle el consumo de refresco y darle agua solo cuando él lo necesitara y no cada vez que lo pidiera. Para el control intestinal se le retiró el consumo de alimento entre comidas que hacía durante el día, ya que el niño estaba acostumbrado a comer a lo largo del día y no tenía un buen hábito alimenticio. Al entrenar este nuevo hábito, resultó más fácil identificar que Juan sólo defecaba en la mañana después de desayunar. Solo así se pudo obtener un patrón estándar que permitió identificar las veces en que había actividad para orinar o defecar.

A partir de ese momento y cuando se logró reconocer los signos que exhibía Juan, se pudo establecer horas programadas para llevar al niño al sanitario. Para el entrenamiento de éste, se hizo a la par el control urinario e intestinal. El formato de registro de evacuación que se utilizó se puede ver en la Pág. 128 del anexo. Debido a la PC que presentaba Juan, fue difícil habilitarlo en esta tarea puesto que la dificultad motora limitaba ciertas acciones que el niño no podía ejecutar por sí solo, sin embargo con el entrenamiento cotidiano, sus músculos se fueron haciendo menos rígidos permitiendo que el niño lograra ejecutar esta actividad de manera adecuada y autónoma. En la semana 3 y 5 logró identificar y nombrar la bacinica.

Fue así que a pasos lentos pero progresivos en la semana 15 logró bajarse y subirse la trusa y los pantalones, así como orinar y defecar en el lugar adecuado con tan sólo instrucciones y recordatorios verbales y cada vez con menos ayuda física. También Juan logró tomar y tirar el papel, limpiarse y lavarse las manos a partir de la semana 14 a la 15, en donde el niño solo requería supervisión de estas tareas. De la semana 16 a la 18 en ambos entrenamientos se vio un retroceso por

un puente vacacional, por lo tanto, a Juan le costó trabajo de nuevo adaptarse, sin embargo en la semana 19 logró adquirir nuevamente las habilidades para el control urinario e intestinal. En la semana 21 logró avisar la necesidad de ir al baño y después de esta semana se completó el control urinario y de defecación. En la figura 22 y 23 se pueden observar los avances de estos en estas actividades.



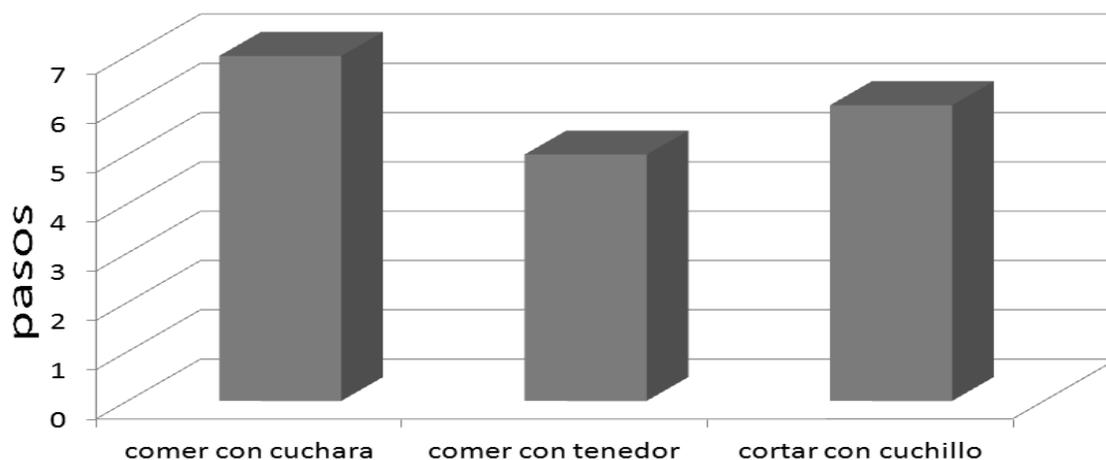
**Figuras 22 y 23.** Avances en el entrenamiento del control urinario y de la defecación.

### ***Evaluación final de las Habilidades de Autocuidado***

A continuación se presentan los resultados de la evaluación final realizada nuevamente por medio del IHA, para comparar los resultados, avances y el grado de dominio que logró Juan en las habilidades de alimentación, aseo y arreglo personal y uso del sanitario.

## Alimentación

En la figura 24 se presentan las 3 actividades de alimentación entrenadas: comer con cuchara, comer con tenedor y cortar con cuchillo. Se graficó el número de pasos que el niño podía ejecutar por sí mismo después del entrenamiento. En la figura 3 se puede apreciar que las 3 actividades fueron dominadas después del entrenamiento.



**Figura 24.** Resultado de la evaluación final de las habilidades de alimentación.

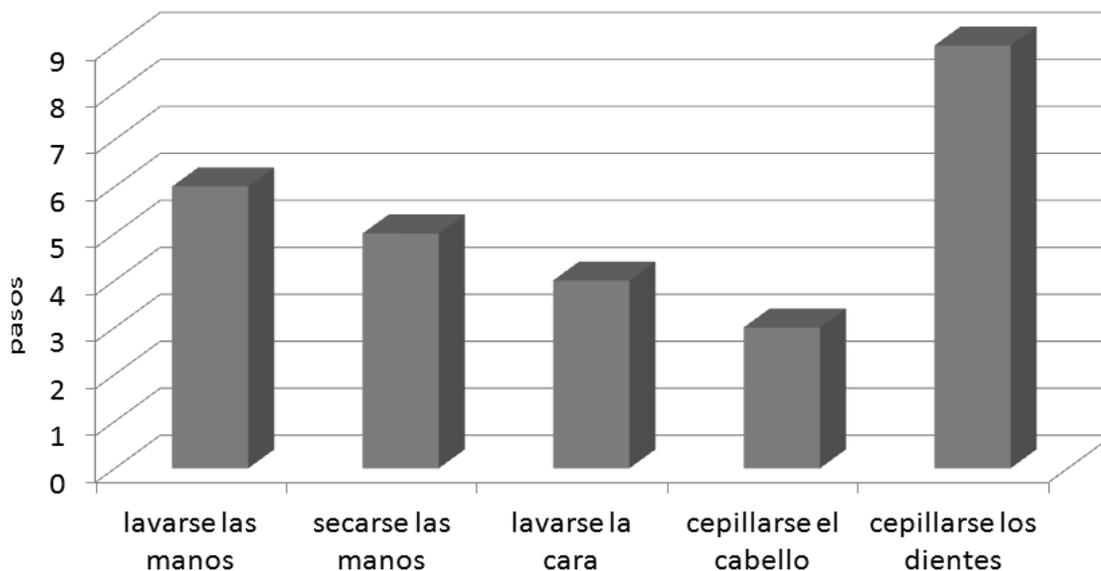
## Habilidades de aseo y arreglo personal

En la figura 25 se presentan las 5 habilidades entrenadas en este rubro. Para la elaboración de la gráfica se consideraron los pasos que el niño podía ejecutar por sí solo después del entrenamiento. Como se aprecia en esta figura, las cinco conductas evaluadas fueron dominadas por Juan, ejecutándolas de manera independiente.

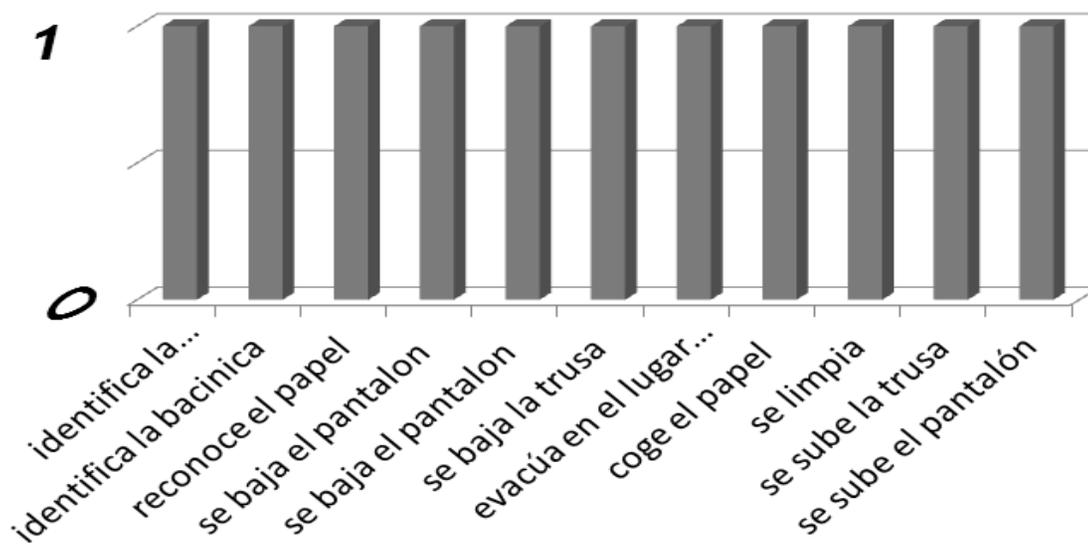
## Uso del sanitario

Para esta habilidad se consideraron las cosas que el niño podía ejecutar por sí solo después del entrenamiento. En la Figura 26 se presentan las 10 actividades para el uso del sanitario evaluadas: identificar la necesidad de orinar o defecar, identificar el sanitario, reconocer el papel, bajarse el pantalón, bajarse la trusa, evacuar en el lugar adecuado, coger el papel, limpiarse, subirse la trusa y subirse el pantalón. De

igual manera se utilizó el número 1 para lo cumple y 0 para no lo cumple. Como se aprecia en dicha figura, todas las habilidades fueron dominadas.



**Figura 25.** Evaluación final de las habilidades de aseo y arreglo personal.



**Figura 26.** Evaluación final de las habilidades del uso del sanitario

## CONCLUSIONES

Este apartado resume las conclusiones importantes del trabajo realizado. Para la intervención y teniendo en cuenta las fortalezas y debilidades de Juan, se planteó como objetivo primordial, instrumentar e implementar un programa de desarrollo de habilidades de autocuidado, específicamente de alimentación, aseo y arreglo personal, así como de uso del sanitario, para que él las realizara de la forma más independiente posible, las cuales se consideraron como las variables del programa de intervención propuesto.

Después de 5 meses de aplicación del programa, se puede concluir comparando los resultados de la evaluación inicial con la evaluación final por medio del Inventario de Habilidades de Autocuidado de Baker y Brightman (2002), que se cumplieron satisfactoriamente los objetivos planteados cubriendo en su mayoría los pasos que implicaban cada una de dichas habilidades. Juan avanzó rápida, gradual y consecutivamente. Se considera que la disposición y cooperación de los padres fue de suma importancia para los resultados obtenidos, además del esfuerzo del propio niño.

Juan requería de una atención integral y del entrenamiento de muchas habilidades básicas que le permitieran tener mayor autonomía e independencia, pero para fines de este trabajo y por acuerdo con los padres de familia, únicamente se entrenaron algunas habilidades de alimentación, enseñándole a usar en forma adecuada la cuchara, el tenedor y el cuchillo; las habilidades de aseo y arreglo personal, específicamente lavarse y secarse las manos, lavarse la cara, cepillarse el cabello y cepillarse los dientes y finalmente las habilidades para el uso del sanitario en la que se logró el control rectal para la defecación y el control urinario para la micción, enseñándole a hacer esto en el lugar adecuado. Juan llegó a realizar la mayoría de tales actividades por sí solo y sin ayuda de ningún tipo.

La implementación del programa se llevó a cabo de lunes a viernes en sesiones de 2 horas, en las cuáles el aprendizaje de las habilidades fue significativo. El entrenamiento se llevó a cabo empleando técnicas de modificación de conducta. Se realizó un encadenamiento de actividades en situaciones y tiempos de la vida cotidiana, es decir, en cada sesión se trabajó primero con las habilidades de alimentación, después con las habilidades de aseo y arreglo personal, en este lapso Juan tenía la necesidad de ir al baño, por lo cual se continuó con el uso del sanitario.

Se trabajó en situaciones precarias de espacio e infraestructura, así mismo se tuvieron que hacer adecuaciones en los hábitos alimenticios, pues Juan no tenía un hábito fijo y constante para comer, ya que sólo así se podría comenzar con el entrenamiento adecuado y se podría establecer un patrón normal y habitual, tanto para comer, como para ir al baño.

Cabe señalar que se tuvieron que hacer adaptaciones a los pasos de las conductas entrenadas por diversos motivos. La primera razón fue el contexto en el que Juan vivía, por ejemplo, en lugar de entrenarlo para abrir y cerrar la llave del agua cuando se lavaba las manos y la cara, se le enseñó a tomar el agua de una cubeta, ya que el lavabo se situaba fuera de la vivienda del niño. Para el entrenamiento del aseo y arreglo personal, así como para el uso del sanitario se tuvieron que hacer modificaciones, puesto que el baño también estaba fuera de la vivienda. Por lo tanto se hicieron adecuaciones dentro del hogar, acondicionando un espacio en donde tuviera todo lo necesario para su higiene y arreglo personal y para que pudiera comenzar con el control intestinal y urinario. Ello con el fin de que pudiera cubrir sus necesidades de manera independiente y tener todo lo necesario a su alcance, sin la necesidad de tener que estarse desplazando de un lugar a otro.

Juan desconocía el nombre de algunos de los objetos que se utilizaron en el entrenamiento, por lo que se nombraba cada objeto utilizado y se repetía diariamente el nombre para que los fuera identificando y lograra asociar nombre-

objeto y viceversa. En los niños que tienen algún tipo de intención comunicativa se pretende lograr que estos comprendan el lenguaje y le encuentren significado a las palabras de uso cotidiano, para lo cual se usa el lenguaje simbólico relacionado a las cosas que pueden tocar, ver u oír.

El entrenamiento comenzó con la descripción de las tareas a realizar, seguida de apoyo físico (en la alimentación y en el aseo y arreglo personal, primero ayuda en la muñeca, después en el antebrazo y por último en el codo) y modelamiento. En ocasiones al no ver los resultados esperados se hacían adecuaciones y con ello se avanzaba gradualmente hasta necesitar sólo instrucciones y recordatorios verbales, cada vez con menos ayuda física. Para que Juan lograra ejecutar las actividades de manera adecuada y le fueran significativas, se utilizó el reforzamiento y la técnica de economía de fichas que dio resultados favorables. Al concluir el programa de entrenamiento, Juan había avanzado hasta realizar todos los pasos correspondientes a cada una de las habilidades entrenadas de manera independiente.

Las habilidades de autocuidado abarcan un conjunto de destrezas que han sido adquiridas por la persona para su cuidado personal. Éstas se aprenden a realizar de forma automática, de acuerdo a la edad y a la exigencia del entorno, quizá por ello, no somos capaces de valorar las capacidades y habilidades que desarrollamos y las estrategias que aprendemos. En relación a lo anterior, se puede concluir que las habilidades de autocuidado se encuentran entre las conductas más importantes que pueden aprender los niños con PC, pues les permitirá desenvolverse de forma independiente en los contextos, escolar, familiar y social. Por lo tanto, se necesita en cantidades colosales, el apoyo educativo para el desarrollo de las habilidades de autocuidado personal, pues es una de las áreas más importantes y primordiales para la aceptación e integración social, compensando y mejorando si es posible, todas aquellas dimensiones o ámbitos del desarrollo que por razones asociadas a las diferentes condiciones de la PC del niño, pueden afectar sus procesos de desarrollo y aprendizaje.

El caso que se presentó en este trabajo corresponde a Juan, un niño de 11 años de edad con diagnóstico de PC moderada con tetraparesia espástica, asociada a importantes factores de riesgo pre y perinatales, entre ellos: medicamentos incontrolados, una infección durante la gestación e hipermadurez por parto postérmino que probablemente se relacionaban con el problema motor que presentaba.

Con el paso del tiempo y al ver sido observado minuciosamente durante el programa de intervención, se pudo determinar que Juan probablemente fuera zurdo, cosa que se mencionó a los padres que veían raro la preferencia manual izquierda del niño. Así mismo, se observó a través de ciertas actividades que Juan tenía agnosia sobre todo en la sensibilidad del tacto, la temperatura y el dolor.

Al momento de la derivación para la atención de Juan, éste había asistido a un centro de atención múltiple (CAM) y a un Centro de Rehabilitación, pero dejó de hacerlo debido a que la familia era de escasos recursos económicos. A nivel cognoscitivo no se identificaron indicadores de retraso mental, por ejemplo, mantenía la atención y en la medida de sus posibilidades motrices y de lenguaje, seguía instrucciones e imitaba las acciones. Cabe señalar que no se aplicó una prueba de inteligencia, ya que sus limitaciones motrices, de lenguaje y el hecho de que no había recibido escolarización regular, podrían dar resultados poco veraces.

Finalmente, se puede concluir que es necesario que una vez diagnosticado el problema se identifique el nivel de funcionalidad y de discapacidad que genera la PC para intervenir lo más tempranamente posible. Este trabajo reveló lo importante que es una intervención temprana, ya que sí las habilidades de autocuidado se hubieran entrenado desde que se detectó el trastorno, Juan tendría mayores posibilidades de vivir con autonomía e independencia e incluso haber tenido oportunidades de recibir escolarización de acuerdo a su edad.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

### Limitaciones

A pesar de que las habilidades de autocuidado son de suma importancia para las personas con PC, fue difícil encontrar bibliografía respecto a este tema, ya que existe poca información sobre programas que se pueden aplicar para desarrollar dichas habilidades. Por ese motivo, el presente trabajo buscó contribuir de alguna manera para resolver esta situación. Lo anterior da cuenta de la importancia de implementar programas individualizados que respondan a las necesidades específicas de cada sujeto, aspecto en el cual el psicólogo educativo puede contribuir elaborando o adaptando programas de intervención de diversos autores.

Ahora bien, para el seguimiento del caso, en el diagnóstico se hizo uso de la entrevista de Macotela y Romay (1992), pero está resultó muy general puesto que no incluye aspectos que son de importancia para tener una visión más clara del problema del sujeto, esto fue una limitante, por lo cual se optó por conducir la entrevista como una plática informal y se añadieron otras preguntas para indagar más sobre la problemática del niño que sirvieron de base para la implementación del programa de entrenamiento de las habilidades de autocuidado.

Para la intervención se utilizó el Programa de Habilidades de Autocuidado de Baker y Brightman (2002) que fue de gran ayuda y apoyo, empero, se tuvieron que hacer adaptaciones, pues el programa sólo contiene el procedimiento pero no los objetivos, por lo que fue necesario plantear objetivos específicos para cada habilidad, así mismo se tuvo que elaborar un formato (pág. 130 del anexo) para registrar los avances diarios de las actividades programadas. En el uso del sanitario, se tuvo que diseñar todo el procedimiento, ya que el programa original era muy general y no detallado, además se tuvieron que hacer adecuaciones del contexto físico para que el programa se adaptara a las necesidades y capacidades del niño con el que se trabajó.

De igual forma, no se precisaba el tipo de procedimiento que se debía seguir para desarrollar las habilidades de autocuidado, por lo cual se optó realizar un encadenamiento de las actividades en tiempos cotidianos, utilizando el modelamiento y el moldeamiento. Para incrementar las conductas adecuadas se usó la economía de fichas y en las conductas inadecuadas se utilizó el costo de respuesta, con el objeto de promover el cambio mediante técnicas de intervención psicológica que modifican el comportamiento de las personas. Es importante mencionar como sugerencia que antes de utilizar cualquier técnica de modificación conductual, se tomen en cuenta las características personales de cada uno de los individuos con los que se trabaje.

## **Sugerencias**

Para la aplicación del programa deberá tomarse en cuenta lo siguiente:

- El asesoramiento a los padres o tutor(a) para que conozcan la enfermedad del niño, qué es lo que puede hacer por sí solo, cómo atenderlo y apoyarlo sin hacerle las cosas, sino logrando que se esfuerce por él mismo.
- Considerar primordialmente las características del niño, verificando cuales son las conductas que presenta y apoyarse de ellas para compensar y desarrollar las conductas ausentes.
- Evaluar antes de la intervención, si el niño tiene noción de su esquema corporal básico (brazos, piernas, cabeza, manos, etc.), si reconoce las nociones de arriba, abajo, adentro, afuera, delante y detrás, colores, formas, tamaños y si posee destrezas motrices que le permitan agacharse, girar, etc.
- La valoración del niño nunca debe basarse en pruebas de rendimiento intelectual, pues muchas de las personas con PC tienen un coeficiente intelectual normal, pero pueden limitar su desempeño los trastornos que presentan en las habilidades motoras, comunicativas y visuales.

- Respetar los ritmos propios de desarrollo del niño.
- Confiar plenamente en las capacidades del niño.
- Dar seguridad afectiva al niño con relaciones estables y cálidas.
- Acompañar al niño en el desarrollo de un sentimiento de eficacia y autoestima que lo aliente a la exploración de sus propias capacidades y a la apropiación de las reglas de comportamiento de la sociedad que le permita a su vez ingresar al sistema de límites y prohibiciones sin grandes frustraciones.
- Ofrecer reforzadores y empatía comprensiva por los esfuerzos realizados por el niño.
- Manejar un lenguaje que pueda ser entendido por el niño y sus padres o tutor(a).
- Considerar el material como una herramienta primordial, ya que esto fortalecerá el aprendizaje significativo, el cual debe estar al alcance del niño, ser de colores llamativos y de buen tamaño para que éste pueda manipularlo con facilidad.
- Seguir la rutina diaria con la madre, padre o tutor(a), de modo que vean cómo y cuándo tienen que hacer y estimular al niño en las rutinas diarias como parte de la vida cotidiana.

Finalmente cabe mencionar que el comportamiento no es sólo un hábito mecánico o algo que se logra sólo por ser entrenado o educado, se requiere de un aprendizaje significativo que lleve al a los individuos a entender que ello es parte del desarrollo de todo ser humano para vivir en un entorno socialmente aceptable.

## REFERENCIAS

1. Atkinson, H. (1989). Aspectos de neuroanatomía y fisiología. En: P. Downie, *Neurología para fisioterapeutas* (cuarta edición). Buenos Aires, Argentina: Panamericana, pp. 50-70.
2. Atkinson, H. y McCarthy, G. (1989). Desarrollo del sistema nervioso. En: P. Downie, *Neurología para fisioterapeutas*. (cuarta edición). Buenos Aires, Argentina: Panamericana, pp. 32-49.
3. Baker, B. y Brightman, A. (2002). *Pasos hacia una vida independiente: enseñando habilidades cotidianas a niños con necesidades especiales*. México: El Manual Moderno.
4. Bascarán, M. (1999). Aspectos comunicativos de los niños y niñas con parálisis cerebral. En: A. García-Prieto. *Niños y niñas con Parálisis Cerebral. Descripción, acción educativa e inserción social*. Madrid, España: Narcea, pp. 55-64.
5. Bender, M. y Valletutti, P. (1981). Comportamiento general y hábitos de autocuidado. En: *Programas para la enseñanza del deficiente mental*, V. 1, p.13-25). Barcelona, España: Fontanella (trabajo original publicado en 1976).
6. Bobath, K. (1986). *Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
7. Briones, G. (1998). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. México: Trillas.
8. Busto, Ma. (1988). *Reeducación del habla y del lenguaje en el parálisis cerebral*. Madrid, España: CEPE.
9. Cruzado, J.; Labrador, F. y Muñoz, M. (1999). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid, España: Pirámide.
10. Donlon, E. y Fulton, L. (1989). *La enseñanza de los deficientes severos y profundos*. Madrid, España: Siglo XXI.
11. Espina, E. (1999). Departamento de orientación y psicología. En: A. García-Prieto, *Niños y niñas con parálisis cerebral: Descripción, acción educativa e inserción social*. Madrid, España: Narcea, pp. 25-32.
12. Galindo, E., Bernal, T., Hinojosa, G., Galguera, M., Taracena, E. y Padilla, F. (1980). *Modificación de la conducta en educación especial. Diagnóstico y programas*. México: Trillas.

13. García, A., Uría, C. y Menéndez, B. (1999). Aspectos generales: Estudio descriptivo de la parálisis cerebral. En: A. García-Prieto. *Niños y niñas con parálisis cerebral: Descripción, acción educativa e inserción social*. Madrid, España: Narcea, pp.13-16.
14. Gómez, P., Parceró, J. y Puente, R. (1999). Fisioterapia de la parálisis cerebral. En: A. García-Prieto. *Niños y niñas con parálisis cerebral: Descripción, acción educativa e inserción social*. Madrid, España: Narcea, pp. 41-54.
15. Hernández, G. (1998). *Descripción del paradigma psicogenético y sus aplicaciones e implicaciones educativas. En paradigmas en psicología de la educación*. México: Paidós.
16. Macotela, S. y Romay, M. (1992). *Inventario de Habilidades Básicas. Un modelo diagnóstico-prescriptivo para el manejo de problemas asociados al retardo en el desarrollo*. México: Trillas.
17. McCarthy, G. (1989). Parálisis cerebral-clínica. En: P. Downie. *Neurología para fisioterapeutas* (cuarta edición). Buenos Aires, Argentina: Panamericana, pp. 448-454.
18. Organización Mundial de la Salud (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, V. 3*, Washington, D. C.: OMS.
19. Pérez, M. (1999). Técnicas operantes para el desarrollo de conductas. En F. Labrador, J. Cruzado, y M. Muñoz. *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid, España: Pirámide, pp. 477-500.
20. Pichot, P. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: España: MASSON.
21. Puyuelo, M. (2000). Comunicación y lenguaje en la parálisis cerebral infantil. Detección e intervención en el medio familiar y escolar. En: M. Puyuelo y J. A. Arriba. *Parálisis Cerebral Infantil: Aspectos comunicativos y psicopedagógicos: Orientaciones al profesorado y la familia*. Málaga, España: Aljibe, pp. 11-68.
22. Sánchez, E. (2001). *Principios de educación especial*. Madrid, España: CCS.
23. Sheridan, M. (2002). *Los primeros cinco años: Desarrollo y evolución del niño*. México: Alfaomega.
24. Sociedad Mexicana de Psicología (2002). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
25. Stake (1995). *Investigación con estudios de casos*. Madrid, España: Morata.

26. Targa, S. (1999). Rehabilitación motórica y funcional. En: A. García-Prieto. *Niños y niñas con Parálisis cerebral. Descripción, acción educativa e inserción social*. Madrid, España: Narcea, pp. 33-40.
27. Vogedes, G. (1999). Terapia ocupacional. En A. Garcia-Prieto. *Niños y niñas con parálisis cerebral: Descripción, acción educativa e inserción social*. Madrid, España: Narcea, pp. 129-140.

# ANEXO

## Carta de Consentimiento Informado

A quien corresponda:

Por medio de la presente, autorizo que mi hijo (a) \_\_\_\_\_

participe en un *Programa de Habilidades de Autocuidado*, el cuál tiene como objetivo contribuir a que el niño realice de forma independiente actividades para su cuidado personal. El programa será implementado y evaluado por Ana Dorit Ruiz López estudiante de la Licenciatura en Psicología Educativa. Dicho programa se divide en cuatro fases: *a)* evaluación diagnóstica, *b)* evaluación inicial, *c)* implementación del Programa de Habilidades de Autocuidado, *d)* evaluación final.

Así mismo, autorizo que se realicen los procedimientos necesarios para apoyar la valoración del niño y la implementación del Programa de Habilidades de Autocuidado. De igual manera, acepto participar en todas las sesiones que se lleven a cabo como parte de dicho programa e implementar las actividades sugeridas en casa, brindando el apoyo que requiera el niño.

Es de mi conocimiento que los datos que proporcione son confidenciales, que la persona responsable del Programa se compromete a proporcionarme la información necesaria sobre los aspectos que se trabajen y el progreso del niño, y que tengo derecho a renunciar al programa en el momento en que lo decida, sin ningún problema.

Atentamente.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Entrevista clínica

1. Datos generales.
2. Motivo de consulta o antecedentes del problema.
3. Desarrollo general del niño.
4. Comportamiento del niño.
5. Historia escolar del niño.
6. Aspectos generales relacionados con el problema.
7. Comentarios finales del entrevistador.
8. Conclusiones.

Fecha \_\_\_\_\_

### 1. Datos generales.

#### 1. Datos del niño.

- a) Nombre: \_\_\_\_\_ b) Edad: \_\_\_\_\_  
 c) Sexo: \_\_\_\_\_ d) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

2. Domicilio particular de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

3. Personas que viven con el niño: a) madre \_\_\_\_\_ b) padre \_\_\_\_\_ c) ambos \_\_\_\_\_ d) otros \_\_\_\_\_

Si no viven el padre y la madre con el niño, especifique la causa: \_\_\_\_\_

#### 4. Datos del padre:

- a) Nombre:  
 b) Escolaridad: c) Ocupación:  
 ch) Dirección oficina: d) Teléfono:  
 e) Horario de trabajo: f) Ingresos mensuales aproximados:

#### 5. Datos de la madre:

- a) Nombre:  
 b) Escolaridad: c) Ocupación:  
 d) Dirección oficina: e) Teléfono:  
 f) Horario de trabajo: g) Ingresos mensuales aproximados:

#### 6. ¿El niño tiene hermanos?

- a) Si Nombre Edad Ocupación  
 b) No Especifique por qué:



b) No ¿Se encontraba la madre bajo tratamiento anticonceptivo?

Especifique el tipo de tratamiento:

¿El embarazo se detectó inmediatamente?

2. ¿Qué número de embarazo fue?

3. ¿Hubo pérdidas (abortos) antes de este embarazo?

a) No

b) Si ¿Cuántas? Causas:

4. ¿Tuvo la madre alguna enfermedad o tratamiento durante el embarazo?

a) No

b) Si Especifique el problema

¿En qué mes del embarazo?

¿Se presentaron complicaciones?

5. ¿Ingirió la madre algún medicamento durante el embarazo?

a) No

b) Si Especifique cual:

¿En qué mes del embarazo?

Motivo:

¿Bajo prescripción médica?

E. Condiciones del parto.

1. Edad de la madre al nacer el niño:

2. Edad del padre al nacer el niño:

3. El parto fue:

a) A término:

b) Prematuro: Causa:

c) Después de término: Causa:

4. Tipo de parto:

a) Natural:

b) Mediante fórceps: Causa:

c) Mediante cesárea: Causa:

¿Se utilizó algún tipo de anestesia? (bloqueo, anestesia general, etc.)

a) No

b) Si Especifique:

6. ¿Cuál fue la duración aproximada del parto? (desde que se iniciaron los dolores o contracciones hasta el nacimiento)

7. ¿En dónde fue atendida la madre durante el parto?

- a) Su domicilio: Causa  
 b) Hospital o sanatorio Nombre:

8 ¿Hubo llanto inmediato del bebé al nacer?

- a) Si  
 b) No ¿Sabe la causa?

9. ¿Cuál fue el peso del niño al nacer?

10. ¿Se observó alguna característica anormal del niño al momento de su nacimiento? (cianosis, ictericia, malformaciones, etc.)

- a) No  
 b) Si Especifique:

### 3. Desarrollo general del niño.

1. Aproximadamente a que edad el niño logró:

- a) Sostener su cabeza:  
 b) Sentarse sin ayuda:  
 c) Gatear:  
 d) Caminar sin ayuda:  
 e) Decir sus primeras palabras:  
 f) Controlar sus esfínteres:

2. ¿Cuál es el grado de autosuficiencia del niño al:

T= Total P= Parcial N= Nulo

- 
- a) Desvestirse:  
 b) Vestirse:  
 c) Bañarse:  
 d) Comer:

3. ¿Alguna vez el niño se ha accidentado o enfermado?

- a) No  
 b) Golpes en la cabeza: Edad:  
 ¿Con pérdida del conocimiento y/o vómito posterior?  
 c) Enfermedad Especifique:

4. ¿Ha presentado temperaturas altas o prolongadas?

- a) No  
 b) Si ¿De cuántos grados? Causa:

5. ¿Ha presentado crisis convulsivas?

- a) No

b) Si Causa: Edad: ¿Con qué frecuencia o periodicidad?  
Mencione si ha recibido tratamiento, especificando de que tipo:

6. ¿El niño ha mostrado algún retroceso en su desarrollo (ha aprendido algo que después ha olvidado o dejado de hacer en aspectos de coordinación visomotriz, lenguaje, control de esfínteres, etc.)?

a) No

b) Si Especifique:

#### 4. Comportamiento del niño.

1. Describa la manera de ser del niño respecto a:

a) Socialización (¿le gusta estar con otros niños, prefiere los adultos, o tiende a aislarse?)

b) Agresividad (¿agrede a las personas sin motivo, destruye materiales?)

c) Obediencia (¿es obediente? ¿bajo qué condiciones?)

d) Nivel de actividad (¿es exageradamente inquieto o pasivo?)

e) Nivel de atención (¿es capaz de concentrarse en alguna actividad?, ¿aproximadamente cuanto tiempo?)

Especifique las actividades:

#### 5. Historia escolar del niño.

¿El niño ha estado incorporado en alguna escuela o instituciones especializadas?

1. No Causa:

2. Si a) Nombre de la escuela:

b) Dirección.

c) Tiempo que asistió:

d) ¿Hubo progresos en alguna área?

No Causa

Si Especifique:

e) Razones por las que dejó la institución:

3. Nombre de la escuela:

b) Dirección.

c) Tiempo que asistió:

d) ¿Hubo progresos en alguna área?

No Causa

Si Especifique:

e) Razones por las que dejó la escuela:

6. ¿Considera que el niño se adapta fácilmente a la situación escolar? ¿muestra agrado por asistir o requiere llevar a cabo un proceso de familiarización?

a) Si

b) No ¿Por qué?

#### 6. Aspectos generales relacionados con el problema.

1. ¿Cuál es el problema que les preocupa a los padres en la actualidad?

2. ¿Cómo ha afectado este problema a la situación familiar (ha cohesionado a los miembros de la familia o los

ha disgregado, etc.)?

3. ¿Qué piensan acerca del futuro del niño? ¿Cuáles son sus expectativas? y ¿cuáles son los aspectos que consideran de mayor importancia para su desarrollo como ser humano?

- a) Autosuficiencia (en el cuidado de su persona):
- b) Habilidades de comunicación (lenguaje):
- c) Desarrollo de habilidades académicas:
- d) Desarrollo de habilidades laborales:
- e) Aspecto financiero (independencia económica):

4. ¿Existen restricciones particulares con respecto a la alimentación del niño o a las actividades que puede realizar? (el médico le ha prohibido ingerir algún alimento o se ha observado que alguna actividad le produce efectos negativos, etc.)

- a) No
- b) Si                      Especifique:

#### **7. Comentarios finales del entrevistador.**

1. ¿Cómo se enteraron de la existencia de la institución (o profesional) a la que acuden?

2. ¿Quiénes asistieron a la entrevista?

- a) Madre ¿Cuál fue su actitud hacia el entrevistador?
- b) Padre ¿Cuál fue su actitud hacia el entrevistador?
- c) Otros ¿Cuál fue su actitud hacia el entrevistador?

3. ¿Estuvo el niño presente durante la entrevista?

- a) No                      Causa:
- b) Si                      ¿Cuál fue su actitud?

4. Impresión de la relación de los padres con el niño.

- a) madre:
- b) padre:
- c) otros:

#### **8. Conclusiones.**

De acuerdo con los resultados de la entrevista se decidió añadir preguntas de:

##### **Autosuficiencia.**

##### **Alimentación**

- 1. ¿Hay qué darle de comer o puede comer él solo?
- 2. ¿Con qué se ayuda para comer (dedos, cuchara, tenedor y cuchillo)?
- 3. ¿Sabe servirse él solo?
- 4. ¿Sabe cortar una rebanada de pan?

5. ¿Tiene buenas maneras en la mesa?
6. ¿Tiene problemas para masticar?
7. ¿Se le escurre la comida de la boca?
8. ¿Tiene durante la comida algún hábito o manía muy marcados? ¿Cuáles?

**Aseo**

1. ¿Sabe lavarse y secarse las manos?
2. ¿Sabe lavarse y secarse la cara?
3. ¿Se baña con ayuda o sin ayuda?
4. ¿Se da cuenta cuando tiene las manos o la cara sucias?

**Arreglo personal**

1. ¿Sabe ponerse él solo alguna prenda de vestir?
2. ¿Sabe abrocharse los botones?
3. ¿Sabe hacerse el lazo de los cordones?
4. ¿Sabe quitarse él solo alguna prenda de vestir?
5. ¿Sabe desabrocharse los botones?
7. ¿Sabe peinarse el cabello?
8. ¿Sabe cepillarse los dientes?
9. ¿Le preocupa si lleva ropa sucia o desarreglada?

**Control de esfínteres.**

1. ¿Qué nivel de entrenamiento ha alcanzado en el uso del sanitario?
2. ¿Es destructivo?
3. ¿Grita?
4. ¿Hace rabietas?
5. ¿Es agresivo?
6. ¿Ofrece resistencia a cualquier cosa que se intenta hacer por él?

**Reacciones ante estímulos sensoriales.**

Sonidos.

1. ¿Hay sonidos a los que no presenta ninguna atención?
2. ¿Le atrae algún sonido de forma especial? ¿Cuál?

Estímulos visuales.

1. ¿Cómo reacciona ante la luz?
2. ¿Le gusta observar cosas que dan vueltas? ¿Cuáles?

Dolor, calor y frío

1. ¿No le preocupa el dolor, el calor y el frío?
2. ¿Es hipersensible?
3. ¿Se autolesiona deliberadamente de alguna manera?

## **Inventario de habilidades de autocuidado de Baker y Brightman (2002)**

### **ALIMENTACIÓN**

#### ***Beber en taza***

0. No puede sostener una taza.
1. Sostiene la taza y bebe con ayuda física a lo largo de todo el procedimiento.
2. Coloca la taza en la mesa después de que se le ayuda a beber y puede llevar parcialmente la taza a la mesa.
3. Coloca la taza en la mesa después de que se le ayuda a beber.
4. Bebe de la taza después de que se le ayuda llevándolo un poco a la boca. Coloca la taza en la mesa por sí mismo.
5. Bebe de la taza después de que se le ayuda a levantarla. Coloca la tasa en la mesa por sí mismo.
6. Bebe de la taza completamente por sí mismo.
7. Bebe de diversas tazas y vasos por sí mismo, sin necesidad de que lo ayude.

#### ***Comer con cuchara***

0. No puede realizar por sí solo ninguna de las partes que componen el comer con cuchara.
1. Se lleva la cuchara a la boca con orientación física.
2. Se lleva la cuchara a la boca después de que se llena y eleva parcialmente.
3. Se lleva la cuchara a la boca y la llena otra vez de alimento después de que se llena y eleva parcialmente.
4. Se lleva la cuchara a la boca por sí mismo después de que se llena con el alimento.
5. Come por sí mismo; sólo requiere ayuda para recoger el alimento con la cuchara.
6. Usa la cuchara de manera independiente con alimentos suaves (por ejemplo; puré de papá, calabaza, avena).
7. Usa la cuchara de manera independiente al comer sopa.

#### ***Comer con tenedor***

0. No puede realizar por sí solo ninguno de los pasos que implica usar el tenedor.
1. Usa el tenedor como una cuchara.
2. Pincha el alimento con tenedor, con orientación.
3. Pincha el alimento con tenedor, con instrucciones.

4. Consume alimentos suaves con tenedor sin ayuda de algún tipo.
5. Consume diversos alimentos con tenedor sin ayuda de algún tipo.

### ***Untar con cuchillo***

0. No puede realizar ninguno de los pasos que componen untar con cuchillo.
1. Unta parte de un trozo de pan con ayuda física.
2. Unta un trozo de pan por completo con ayuda física.
3. Unta parte de un trozo de pan cuando se le indica en dónde hacerlo.
4. Unta un trozo de pan por completo con instrucciones, después de que se le ha agregado mermelada.
5. Coloca mermelada en el pan con ayuda y la extiende por sí solo.
6. Coloca mermelada en el pan y la extiende con supervisión.
7. Puede agregar mermelada al pan y untarla sin ningún tipo de supervisión.

### ***Cortar con cuchillo***

0. No puede realizar ninguno de los pasos que componen cortar con cuchillo.
1. Termina de cortar los alimentos con ayuda después de que se inician los cortes.
2. Realiza todos los pasos de cortar alimentos con ayuda.
3. Termina de cortar por sí solo alimentos cortados parcialmente.
4. Corta completamente los alimentos sosteniéndolos con el tenedor.
5. Sostiene firmemente el tenedor después de que se ha colocado en esté el alimento, mientras corta con el cuchillo.
6. Pincha el alimento con el tenedor, come cortando completamente cuando se le indica que lo haga.
7. Utiliza el cuchillo de forma completa e independiente sin necesidad de ayuda, ni recordatorios.

## **ASEO Y ARREGLO PERSONAL**

### ***Secarse las manos***

0. No puede realizar ninguno de los pasos implicados en secarse las manos.
1. Se seca las palmas de las manos mientras se le sostiene la toalla.
2. Se seca el dorso de las manos mientras se le sostiene la toalla.
3. Se seca las palmas de las manos sosteniendo la toalla él mismo.
4. Se seca el dorso de las manos sosteniendo la toalla él mismo.

5. Se seca las manos completamente por sí solo.

### ***Lavarse las manos***

0. No puede realizar ningún paso del lavado de manos.
1. Abre la llave del agua.
2. Cierra la llave del agua.
3. Se enjabona y frota las manos con ayuda.
4. Elimina el jabón de las manos.
5. Se enjabona y frota las manos por sí solo.
6. Se lava las manos completamente por sí solo.

### ***Cepillarse los dientes***

0. No puede realizar ningún paso del cepillado de dientes.
1. Coloca pasta en el cepillo con ayuda física.
2. Coloca pasta en el cepillo sin ayuda física.
3. Se cepilla los dientes mientras se le guía con las manos.
4. Se cepilla los dientes frontales.
5. Se cepilla la parte trasera de la dentadura.
6. Abre la llave y llena el vaso con ayuda física.
7. Abre la llave y llena el vaso sin ayuda física.
8. Escupe el agua.
9. Se cepilla los dientes completamente por sí solo, además de colocar la pasta en el cepillo.

### ***Lavarse la cara***

0. No puede realizar ningún paso del lavado del rostro.
1. Se lava todas las partes de su cara cuando se le guía con las manos.
2. Se lava algunas partes del rostro cuando se le indica en dónde lavarse.
3. Se lava todas las partes de la cara.
4. Se lava y enjuaga el rostro completamente por sí solo.

### ***Bañarse-secarse***

0. No puede realizar ningún paso de la tarea de secarse.
1. Se seca la parte superior del cuerpo con ayuda física.
2. Se seca la parte inferior y trasera del cuerpo con ayuda física.

3. Se seca la parte superior del cuerpo cuando se le indica en dónde secarse.
4. Se seca la parte inferior y trasera del cuerpo cuando se le indica en dónde secarse.
5. Se seca la parte superior del cuerpo por sí solo.
6. Se seca completamente por sí solo.

### ***Bañarse–lavarse***

0. No puede realizar ninguno de los pasos del baño.
1. Enjuaga el jabón con ayuda física.
2. Enjuaga el jabón por sí solo.
3. Se lava la parte superior del cuerpo con ayuda física.
4. Se lava la parte inferior y trasera del cuerpo con ayuda física.
5. Se lava la parte superior del cuerpo cuando se le indica en dónde lavarse.
6. Se lava la parte inferior y trasera del cuerpo cuando se le indica en dónde lavarse.
7. Se lava la parte superior del cuerpo por sí solo.
8. Se lava la parte inferior del cuerpo por sí solo.

### ***Cepillarse el cabello***

0. No puede realizar ninguno de los pasos del cepillado del cabello.
1. Se cepilla el cabello mientras se le guía con las manos.
2. Se cepilla el cabello cuando se le indica en dónde cepillarse.
3. Se cepilla completamente el cabello por sí solo.

### ***Lavarse el cabello***

0. No puede realizar ninguno de los pasos implicados en lavarse el cabello.
1. Se seca el cabello con ayuda física.
2. Se humedece y seca el cabello con ayuda física.
3. Elimina el champú del cabello con ayuda física.
4. Produce espuma en el cabello con ayuda física.
5. Elimina el champú del cabello por sí solo.
6. Produce espuma en el cabello por sí solo.
7. Vierte champú en la mano y lo distribuye en el cabello por sí solo.
8. Se seca el cabello por sí solo.
9. Se lava completamente el cabello por sí solo.

## Programa para el desarrollo de habilidades de autocuidado

Este programa solamente incluye las actividades que se entrenaron en el presente trabajo, a saber: habilidades de alimentación y habilidades de aseo y arreglo personal, pero para fines de este estudio también se instrumentó y adecuó el de uso del sanitario.

### HABILIDADES DE ALIMENTACIÓN

- I. Comer con cuchara.
- II. Comer con tenedor.
- III. Cortar con cuchillo.

#### **Objetivo específico**

Que el niño utilice adecuadamente la cuchara, el tenedor y el cuchillo para comer.

#### **Material**

- Cuchara.
- Tenedor.
- Cuchillo.
- Plato hondo.
- Plato extendido.
- Mantel y toallas absorbentes o de papel.
- Diversos alimentos.

### I. COMER CON CUCHARA

#### **Conductas**

1. Identifica la cuchara.
2. Diferencia la cuchara del tenedor y del cuchillo.
3. Identifica los alimentos que se comen con cuchara.
4. Sostiene firmemente la cuchara.
5. Pone el alimento en la cuchara con ayuda física.
6. Pone el alimento en la cuchara, dando instrucciones.
7. Se lleva el alimento hacia la boca.
8. Utiliza la cuchara para comer de forma independiente.

### ***Preparación del escenario***

Use un plato hondo de plástico y un mantel absorbente o una toalla de papel pues evitarán que se derrame el contenido del plato. Emplee alimentos que puedan consumirse fácilmente con una cuchara, por ejemplo: puré de papa, papillas, trocitos de hamburguesas, cereal caliente, guisados, puré de manzana. Coloque al niño en una silla, cuya altura le permita estar cómodamente sentado.

### ***Actividades parte 1***

Sitúese detrás del niño y coloque la cuchara en su mano y la otra mano a un lado del plato. No retire sus manos de las del niño mientras dura la comida. Oriente al niño a lo largo de los siguientes pasos:

1. Llene la cuchara mediante un movimiento de derecha a izquierda (si el niño es zurdo, dicho movimiento deberá hacerse de izquierda a derecha).
2. Acerque la cuchara a su boca y haga que coma de ella. Diga “muy bien, estás comiendo con cuchara”.
3. Coloque la cuchara en el plato y dele tiempo para deglutir el alimento.
4. Cuando haya consumido 4 o 5 cucharadas, coloque la cuchara sobre la mesa y dele un descanso.
5. Repita los pasos anteriores hasta que concluya la hora de la comida y luego por 3 o 4 comidas más, o bien, hasta que perciba que el pequeño se ha familiarizado con la primera parte del programa. Cuando domine toda la secuencia que compone comer con cuchara, aplique la segunda parte del programa.

### ***Actividades parte 2***

Cuando el niño domine las actividades de la parte 1 y sea capaz de realizarlas correctamente en 4 o 5 comidas seguidas, es tiempo de practicar la parte 2 de las actividades de comer con cuchara, realizando los siguientes pasos:

1. Con su mano sobre la del niño, lleve la cuchara a la boca de éste. Retire su mano. Permítale que coma de la cuchara y retire ésta. Vuelva a colocar su mano en la suya y guíela nuevamente al plato. Diga: “muy bien, estás comiendo con cuchara”.
2. Retire la mano de la del niño cuando la cuchara esté a punto de llegar a la boca. Permítale que introduzca la cuchara en la boca y mastique el alimento, para luego

retirar la cuchara un poco debajo de la boca. Tómelo otra vez de la mano y coloque de nuevo la cuchara en el plato. Diga: “muy bien, estás comiendo con cuchara”.

3. Retire la mano cuando la cuchara se encuentre a la mitad del trayecto hacia la boca de su pequeño, permítale llevársela a la boca, comer el alimento y bajar la cuchara hasta la mitad del trayecto al plato. Vuelva a colocar su mano sobre la de él y lleve la cuchara al plato. Diga: “muy bien, estás comiendo con cuchara”.
4. Retire la mano después de que haya ayudado al pequeño a recoger el alimento con la cuchara. Permítale llevar la cuchara a su boca, consumir el alimento y regresar la cuchara al plato. Ayúdelo a recoger el alimento con la cuchara. Diga: “muy bien, estas comiendo con cuchara”.
5. Para que el niño logre el paso mas difícil que es usar la cuchara para recoger el alimento, lo primero que debe hacerse es disminuir poco a poco la ayuda en esta tarea, en vez de retirar la mano, sostenga la del niño disminuyendo la presión cada vez más hasta que apenas toque su mano al guiar la acción de recoger el alimento. Luego coloque la mano en su muñeca, luego en el codo y brinde la orientación necesaria. Por último retire la mano, ¡y él habrá dominado la tarea!

## **II. COMER CON TENEDOR**

### ***Conductas***

1. Identifica el tenedor.
2. Diferencia el tenedor del cuchillo y de la cuchara.
3. Sostiene el tenedor.
4. Pincha el alimento con el tenedor con ayuda física.
5. Pincha el alimento con el tenedor dando instrucciones.
6. Consume alimentos suaves con el tenedor sin ayuda física.
7. Consume diversos alimentos con el tenedor sin ayuda física.

### ***Preparación del escenario***

Use un plato hondo de plástico en vez de un plato extendido, ya que esto facilita la tarea de pinchar. Un mantel absorbente o una toalla de papel evitarán que el plato se deslice. Emplee alimentos que puedan cortarse en trozos suficientemente pequeños como para pincharse, por ejemplo: pollo, zanahorias, panqués. Evite alimentos como las papas

cocidas o hamburguesas, los cuales se deshacen cuando se pinchan con el tenedor.

### **Actividades parte 1**

Sitúese detrás del niño y coloque un tenedor en su mano. Si esto le resulta demasiado difícil al niño, tómelo de otra manera. Coloque la otra mano del niño frente al plato a fin de mantener éste en un sólo lugar. Oriente al niño a lo largo de los siguientes pasos:

1. Coloque la mano del niño guiándolo a pinchar un trozo de alimento con el tenedor.
2. Retire la mano mientras el niño se lleva el tenedor a la boca.
3. Coloque nuevamente el tenedor en el plato, ayude con la mano a pinchar otro trozo de alimento. Diga: " ¡Muy bien estás comiendo con tenedor!
4. Continuar con este procedimiento hasta terminar de comer.
5. Cuando el niño haya aprendido a usar el tenedor de esta forma con ayuda física, deberá reducir gradualmente su intervención y proceder a iniciar la segunda parte del programa.

### **Actividades parte 2**

Repita cada uno de los siguientes pasos hasta que pueda realizarlos con facilidad durante cuatro o cinco comidas consecutivas.

1. Guíe al niño para pinchar el alimento colocando la mano en su muñeca.
2. Guíe al niño colocando la mano en su antebrazo.
3. Guíe al niño colocando la mano hasta su codo.
4. Retire la mano de una sola vez y manténgase listo/a para ayudar cada vez que el niño lo necesite, hasta que pueda usar el tenedor por sí solo. Para entonces habrá dominado esta actividad.
5. Después que el niño pueda pinchar alimentos dentro de un plato hondo, comenzar a usar un plato extendido.

## **III. CORTAR CON CUCHILLO**

### **Conductas**

1. Identifica el cuchillo.

2. Diferencia el cuchillo del tenedor y de la cuchara.
3. Termina de cortar los alimentos con ayuda física después de que se inician los cortes.
4. Realiza todos los pasos de cortar alimentos con ayuda.
5. Termina de cortar por sí solo alimentos cortados parcialmente.
6. Corta completamente los alimentos sosteniendo el alimento con el tenedor.
7. Sostiene firmemente el tenedor después de que se ha colocado en éste el alimento, mientras corta con el cuchillo.
8. Pincha el alimento con el tenedor.
9. Corta completamente el alimento cuando se le indica que lo haga.
10. Utiliza el cuchillo de forma completa e independiente sin necesidad de ayuda física ni recordatorios.

### ***Preparación del escenario***

Comience con alimentos que puedan cortarse fácilmente como panqués, hamburguesas, calabazas, pescado, rebanadas de jamón y salchichas. Use un cuchillo de mesa que el niño pueda sostener con facilidad. Coloque un mantel de hule o una toalla de papel bajo el plato para evitar que éste se mueva. Las horas de la comida representan la mejor ocasión para enseñar esta tarea. Haga que el niño corte toda la ración de alimento al empezar la comida. Use una silla suficientemente alta para que él pueda sentarse con comodidad o haga las adecuaciones necesarias.

### ***Actividades***

Repita cada uno de los siguientes pasos prestando al niño una ayuda cada vez menor hasta que pueda realizarlos exitosamente sin ayuda física durante tres o cuatro sesiones consecutivas, sólo entonces deberá continuar con el siguiente paso.

1. Sitúese detrás del niño, coloque el cuchillo y el tenedor en sus manos. Dependiendo de si el niño es zurdo o diestro, coloque el cuchillo en la mano que más utilice, la cual suele ser la más fuerte.
2. Coloque sus manos sobre las de él y corte la mayor parte de trozos de alimento.
3. Retire las manos y diga: “corta tus alimentos”, permita que termine de realizar esta tarea por sí solo. No olvide elogiar, diga: “¡muy bien, has cortado tus alimentos!”. Quizá tenga que ayudar al niño a sostener el tenedor más tiempo del requerido para

sostener el cuchillo.

4. Repita los pasos uno a tres. Esta vez deberá retirar las manos antes y permitir al niño que realice por sí mismo una cantidad cada vez mayor de pasos. Recuerde elogiarlo cuando logre cortar exitosamente sus alimentos.
5. Coloque el cuchillo y el tenedor en las manos del niño retire las manos y diga verbalmente las siguientes instrucciones: “corta tus alimentos”. Elógielo por terminar la tarea, diga: “¡muy bien, has cortado tus alimentos!”.
6. Exprese verbalmente la siguiente instrucción: “toma el cuchillo y el tenedor”. Ayude al niño a tomar dichos utensilios en posición de cortar. Cuando haya cortado un trozo, es posible que requiera ayuda para tomar el cuchillo y el tenedor al cortar el siguiente trozo.
7. Cuando el niño pueda cortar los alimentos con instrucciones verbales, comience a eliminar éstas, una a la vez hasta que logre dominar esta tarea.
8. Más tarde, cuando sirva alimentos más difíciles de cortar (costillas o carne de res), quizá necesite volver a prestar ayuda física en la realización de algunos pasos.

## **HABILIDADES DE ASEO Y ARREGLO PERSONAL**

- I. Lavarse las manos.
- II. Secarse las manos.
- III. Lavarse la cara.
- IV. Cepillarse los dientes.
- V. Cepillarse el cabello.

### ***Objetivo específico***

Que el niño desarrolle habilidades de aseo personal y las realice de manera independiente: lavarse y secarse las manos y la cara, cepillarse el cabello y cepillarse los dientes.

### ***Material***

- Agua.
- Jabón.
- Toalla.
- Cepillo de pelo.

- Cepillo de dientes.
- Pasta dental.

## **I. LAVARSE LAS MANOS**

### ***Conductas***

1. Identifica el jabón.
2. Toma la bandeja con agua.
3. Se enjabona y frota las manos con su ayuda.
4. Elimina el jabón de las manos.
5. Se enjabona y frota las manos por sí solo.
6. Se lava las manos completamente por sí solo.

### ***Juegos con agua***

Los juegos con agua representan una forma adecuada de acostumbrar al niño a sentir el agua corriente bajo las manos antes de comenzar el programa de lavado de manos. Coloque varios recipientes de plástico en una bandeja de plástico con un poco de agua. Ayúdelo a llenar los recipientes y a verter el agua sobre las manos. Use una barra de jabón cuyo tamaño sea adecuado para las manos del sujeto. Enséñele a recoger el jabón del agua y a colocarlo dentro de un recipiente; esto le servirá para sostener y soltar un artículo resbaladizo y húmedo como la barra de jabón. Los juegos con agua facilitarán la tarea de lavarse las manos. Asimismo, en las semanas o meses que precedan al inicio de la enseñanza de lavado de manos, cuando usted se encargue de lavar sus manos, siga la secuencia de pasos que se presenta en este programa. Después, la enseñanza resultará mucho más fácil.

### ***Preparación del escenario***

Cada vez que las manos del niño deban ser lavadas representa una ocasión adecuada para enseñar esta habilidad. Corte una barra de jabón a fin de que se adapte a la palma de la mano del niño, así él podrá manipular más fácilmente el jabón. Además, los jabones nuevos son más fáciles de sostener. Use una jabonera, un paño húmedo o una toalla de papel para impedir que el jabón se deslice hacia afuera del lavabo. Llene la cubeta de agua con un bote y manténgala a su alcance. Tenga a la mano las recompensas que habrá de utilizar en las sesiones.

**Actividades parte 1**

Sitúese detrás del niño y con las manos sobre las suyas, guíelo a través de los siguientes pasos:

1. Llene la bandeja con el agua de la cubeta.
2. Lleve ambas manos a la bandeja y diga: "lávate las manos".
3. Ayúdelo a tomar el jabón usando una o ambas manos. Lo que resulte más fácil.
4. Frote el jabón entre las palmas de sus manos. El mejor método consiste en hacer que sostenga el jabón con una mano y frote la otra mano contra el jabón, para luego cambiar de mano.
5. Coloque nuevamente el jabón en el lavabo.
6. Frote el dorso de una mano con la palma enjabonada de la otra mano.
7. Repita el procedimiento anterior para el dorso de la otra mano.
8. Coloque ambas manos en la bandeja y enjuague sus manos, frotándolas hasta que desaparezca la espuma del jabón. Diga: "¡muy bien, te has lavado las manos! Siempre emplee el mismo orden de manos al realizar los pasos 4, 6 y 7, ya que esta rutina tornará más fácil el aprendizaje de lavarse las manos.

**Actividades parte 2**

1. Cuando el niño domine un paso y pueda realizarlo de manera adecuada sin ayuda física durante 4 o 5 sesiones consecutivas, es tiempo de pasar al siguiente paso.
2. Guíe al sujeto a través de los pasos 1 a 7 de las actividades de la parte 1. Luego, retire las manos y ayúdelo si lo juzga necesario para enjuagarse las manos (paso 8). Ayúdelo colocando las manos en sus codos a fin de dirigirlas hacia la bandeja de agua. Luego diga: "¡Muy bien, te has lavado las manos!".
3. Cuando haya dominado el paso 8, retire las manos después del paso 6 de la parte 1 y brinde la ayuda que juzgue necesaria (la mano en su codo) para frotar el dorso de una mano con la palma enjabonada de la otra mano, diciendo: "lávate las manos". Ahora podrá concluir esta tarea al enjuagarse las manos. Luego diga: "¡muy bien, te has lavado las manos!", recompensándolo de inmediato. Continué enseñando cada paso de acuerdo con la secuencia.

## II. SECARSE LAS MANOS

### **Conductas**

1. Identifica la toalla.
2. Se seca las palmas de las manos mientras se le sostiene la toalla.
3. Se seca el dorso de las manos mientras se le sostiene la toalla.
4. Se seca las palmas de las manos sosteniendo la toalla él mismo.
5. Se seca el dorso de las manos sosteniendo la toalla él mismo.
6. Se seca las manos completamente por sí solo.

### **Preparación del escenario**

Use una toalla grande. Colóquela alrededor del toallero y una los dos lados con un seguro, a fin de que la toalla no se deslice y caiga del toallero. Cerciérese de que el toallero se encuentra a una altura adecuada para que el sujeto la alcance con facilidad. Tenga a la mano la recompensa que habrá de proporcionar.

### **Actividades parte 1**

Coloque las manos sobre las del niño y guíelo a través de los siguientes pasos:

1. Coloque una de sus manos detrás de la toalla y seque la palma de la otra mano.
2. Voltee la mano y limpie el dorso de ésta.
3. Coloque la mano seca detrás de la toalla y seque la palma de la otra mano.
4. Voltee la mano y limpie el dorso de ésta. Diga "¡muy bien, te has secado las manos!". Proporciónese un premio especial por su cooperación.
5. Cuando el niño pueda secarse las manos correctamente con ayuda física, deberá comenzar a disminuir la ayuda física.

### **Actividades parte 2**

1. Primero realice los pasos 1 a 3 con sus manos guiando las del niño. Luego, retire sus manos y guiándolo de ser necesario con la mano en el codo del niño, haga que realice el paso 4 de la parte 1 de las actividades. Diga "¡buen niño, te has secado las manos!". Proporciónese una recompensa especial por sus esfuerzos.
2. Cuando el niño pueda realizar dicho paso durante 4 o 5 sesiones consecutivas,

retire las manos después del paso 4 y haga que realice los pasos 5 y 6, prestando ayuda si lo juzga necesario.

3. Continúe de esta forma, retirando las manos en cada paso que logre dominar hasta que pueda cumplir con la totalidad de la tarea.

### **III. LAVARSE LA CARA**

#### ***Conductas***

1. Identifica la cara.
2. Se enjabona todas las partes de su cara cuando se le guía con sus manos.
3. Se enjabona algunas partes del rostro cuando se le indica en dónde.
4. Se lava todas las partes de su cara cuando se le guía con sus manos.
5. Se lava algunas partes del rostro cuando se le indica en dónde lavarse.
6. Se lava todas las partes de la cara.
7. Se lava y enjuaga el rostro por sí solo.

#### ***Preparación del escenario***

Coloque al niño frente a un espejo a fin de que perciba sus propios movimientos, mantenga la atención para que la tarea le resulte más interesante. Comience a enseñar después de las comidas. Para el niño resulta más fácil percatarse de que su rostro está limpio si puede verlo sucio antes de lavarse. Cuando tanto usted como el niño se familiaricen con este programa, cada ocasión en la que lave su rostro se convertirá en una sesión de enseñanza. Espere a usar el jabón hasta que el niño aprenda a limpiarse bien el rostro con un paño húmedo. Moje el paño, dóblelo y envuelva con ella la mano del sujeto, como si se tratara de un guante. Tenga a la mano la recompensa que habrá de utilizar.

#### ***Actividades parte 1***

Sitúese detrás del niño. Coloque la mano sobre la suya y guíelo a través de los siguientes pasos, proporcionando instrucciones verbales en cada uno de ellos.

1. Frote una de sus mejillas con el paño. Diga: "lava tu mejilla".
2. Frote su mentón y diga: "lava tu mentón".
3. Frote la otra mejilla y diga: "lava tu otra mejilla".
4. Frote el labio superior y el labio inferior de la boca y diga: "lava tu boca".
5. Frote su nariz y diga: "lava tu nariz".

6. Frote su frente y diga: "lava tu frente".
7. Diga: "muy bien, te has lavado la cara", brindándole una recompensa especial por su cooperación.
8. Cuando el niño pueda lavarse el rostro con ayuda física, es tiempo de enseñarle esta habilidad paso a paso para que lo haga sin ayuda física.

### ***Actividades parte 2***

Cuando el niño pueda realizar correctamente un paso sin ayuda durante 4 o 5 sesiones consecutivas, debe iniciarse el siguiente paso.

1. Con la mano sobre la del niño, guíelo a través de los pasos 1 a 5 de las actividades de la parte 1. Luego, retire la mano y diga: "lávate la frente", señalando con el dedo dicha parte.
2. Brinde la ayuda que juzgue necesaria. Quizá tenga que retirar la ayuda de manera gradual, esto es: guiar desde la muñeca y después desde el codo. Cuando haya terminado, diga: "¡muy bien, te has lavado la cara!", recompense su esfuerzo.
3. Retire la mano después del paso 4 de las actividades de la parte 1 y diga "lávate la nariz". Señale dicha parte con el dedo. Brinde la ayuda que juzgue necesaria. Cuando se haya lavado la nariz, señale su frente con el dedo y diga: "lávate la frente", Cuando haya terminado, diga "¡muy bien, te has lavado la cara!", para luego proporcionar una recompensa.
4. Continúe de esta forma, retirando la mano cada vez que logre dominar un paso hasta que pueda lavarse cada una de las partes del rostro sin ayuda física. Para entonces, aún deberá prestarle ayuda señalando con el dedo cada parte del rostro y emitiendo instrucciones verbales.
5. Descontinúe gradualmente la ayuda que presta señalando con el dedo cada vez menos pero sin abandonar las instrucciones verbales. Cuando el niño pueda lavarse la cara con sólo sus indicaciones verbales, comience a suprimirlas una a la vez, hasta que pueda realizar sin su ayuda todos los pasos que componen esta conducta.

## **IV. CEPILLARSE LOS DIENTES**

### ***Conductas***

1. Identifica el cepillo de dientes.
2. Identifica la pasta de dientes.
3. Coloca la pasta en el cepillo con ayuda física.
4. Coloca la pasta en el cepillo sin ayuda física.
5. Cepilla los dientes mientras usted lo guía con sus manos.
6. Cepilla los dientes frontales.
7. Cepilla la parte trasera de la dentadura.
8. Llena el vaso con ayuda física.
9. Llena el vaso sin ayuda física.
10. Enjuaga los dientes con ayuda física.
11. Enjuaga los dientes sin ayuda física.
12. Escupe el agua.
13. Cepilla los dientes completamente por sí solo, además de colocar la pasta en el cepillo.

### ***Preparación del escenario***

Use un cepillo dental suave y creado especialmente para niños. Si el cepillo es duro, colóquelo bajo un chorro de agua caliente a fin de suavizarlo. Use una pasta dental de sabores que no sean penetrantes ni picantes (hay marcas especiales para niños). Prepare el cepillo agregando la pasta dental usted misma.

Después de cada comida y antes de irse a la cama, constituyen momentos adecuados para enseñar esta conducta. Sitúese detrás o junto al sujeto mientras lo guía. Tenga en mente la siguiente regla: cepille en la dirección en que crecen los dientes, es decir, hacia abajo en los dientes superiores y hacia arriba en los dientes inferiores. Coloque el cepillo dental en la mano del niño y guíelo físicamente a través de los pasos que se describen a continuación durante 4 o 5 sesiones consecutivas. Tenga a la mano la recompensa que habrá de proporcionar. Recuerde elogiar y premiar su cooperación. Enseguida, proceda a enseñarle los pasos para lavarse los dientes.

### ***Actividades parte 1***

1. Diga: "muéstrame los dientes". Usted deberá mostrar sus dientes mientras el sujeto mira al espejo, abra los labios y sonría sin separar los dientes. Diga: "muy bien, puedo ver tus dientes".
2. Coloque el cepillo dental sobre los dientes frontales. Cepille haciendo un movimiento

ascendente y descendente, diciendo: "cepillamos hacia arriba y hacia abajo". Continúe cepillando en ambas direcciones para la parte frontal de la dentadura, en el lado izquierdo de la boca, y nuevamente de atrás hacia los dientes frontales.

3. Retire el cepillo dental de la boca del niño voltee su muñeca de modo que el cepillo apunte hacia el lado derecho de la boca. Coloque el cepillo en los dientes y cepille con movimiento ascendente y descendente en dicho lado de la boca. Retire el cepillo, proporcione un sorbo de agua para enjuagar el interior de la boca y diga: "escupe". Modele este procedimiento en caso de que el sujeto no sepa cómo hacerlo.
4. Diga: "abre una boca grande", para luego mostrar al niño su propia imagen en el espejo. Cepille las partes inferior y trasera de los dientes superiores del lado izquierdo con un movimiento de atrás hacia delante y a la inversa, diciendo: "cepilla hacia atrás y hacia delante". Aplique el mismo procedimiento en el lado derecho de la boca. Retire el cepillo y proporcione un sorbo de agua para enjuagar la boca.
5. Diga: "abre una boca grande otra vez". Cepille la parte anterior de los dientes inferiores, primero a la izquierda y después a la derecha, mientras dice: "cepilla hacia atrás y hacia adelante". Retire el cepillo y proporcione un sorbo de agua para enjuagar la boca. Elógielo con las siguientes palabras: "¡muy bien, te has cepillado los dientes!", brindándole algo especial como premio por su cooperación."

### ***Actividades parte 2***

Con la mano sobre la del niño, realice los pasos 1 a 4 de la parte 1 de las actividades. Luego, al llegar al paso 5, guíelo de la siguiente manera:

1. Con la mano en su muñeca durante 4 a 5 sesiones de enseñanza.
2. Con la mano en su antebrazo durante 4 a 5 sesiones de enseñanza.
3. Con la mano en su codo durante 4 a 5 sesiones de enseñanza.
4. Retire la mano, señale con el dedo el área por cepillar y brinde instrucciones verbales a lo largo de cada paso.
5. Con las manos sobre las del sujeto, realice los pasos 1 a 3, luego guíelo como se explicó anteriormente. Al llegar al paso 4; ahora podrá guiarlo simplemente con instrucciones.

6. Continúe de esta manera, paso a paso, hasta que pueda cepillarse los dientes sin ningún tipo de ayuda física, simplemente mediante instrucciones verbales. Cuando el sujeto pueda cepillarse los dientes con sus instrucciones verbales, comience a discontinuarlas, una a la vez, hasta que pueda lavarse los dientes de manera independiente, tan sólo con que se le diga: "lávate los dientes".

## **V. CEPILLARSE EL CABELLO**

### ***Conductas***

1. Identifica peine y cepillo.
2. Cepilla el cabello mientras lo guía con las manos.
3. Cepilla el cabello cuando usted le indica dónde cepillarse.
4. Cepilla completamente el cabello por sí solo.

### ***Preparación del escenario***

Antes de empezar, separe el cabello del niño. Ponga el cepillo en su mano de forma que no le represente ningún esfuerzo sostenerlo. Enséñele a cepillarse el cabello frente a un espejo, lo cual brinda motivación, así como algo para modelar mientras usted lo orienta. Colóquese detrás de él, de modo que ambos puedan mirarse en el espejo. Practique el cepillado del cabello cuando no esté enredado. Después de lavarse el cabello no es un momento adecuado.

Comience cepillando el cabello del niño mientras él participa. Siga todos los pasos presentados en el orden mostrado durante 4 a 5 sesiones de enseñanza. Tenga a la mano la recompensa que habrá de proporcionar. Recuerde elogiar y premiar todo esfuerzo de cooperación como mirar en el espejo, mantenerse quieto, etc. Luego, comience a disminuir la ayuda física según se indica en el programa.

### ***Actividades parte 1***

1. Empiece a cepillar el cabello con la mano derecha, cepille el lado izquierdo de su cabello. Comience en el punto de separación, cepillando en dirección del lado izquierdo de la cabeza. Diga "cepíllate el cabello". Durante las primeras sesiones, asegúrese de que su orientación sea lenta y fácil evitando tirar con demasiada fuerza de los cabellos enredados, ya que el dolor que podría reducir el interés del sujeto.

2. Siga la trayectoria del cepillo con la mano libre del niño diga "alisa tu cabello".
3. Acerque la mano del niño con el cepillo a la cabeza. Diga: "péinate". Cepille la parte posterior del cabello con tres cepilladas largas. Siga cada cepillada con un movimiento de alisamiento con la mano libre de él, diciendo: "alisa tu cabello".
4. Cepille el lado derecho, alisando el cabello con la mano libre de él sujeto después de cada cepillada. Con cada movimiento, diga "cepíllate" y luego: "alísate el cabello". Cuando termine, elógielo. Diga "¡excelente!, lograste peinarte el cabello". Indíquele que bien luce.

### ***Actividades parte 2***

Repita un paso hasta que el niño lo realice correctamente y parezca dispuesto a hacer mas sin su ayuda. Asegúrese de que le permite realizar la mayor parte de las tareas. Guíelo a través de los siguientes pasos:

1. Con la mano en su muñeca.
2. Con la mano en su antebrazo.
3. Con la mano en su codo.
4. Guíelo sin usar las manos pero proporcionando instrucciones verbales. Al principio, quizá tenga que señalar las áreas que necesitan cepillarse.
5. Proporciónele el cepillo y sin otra instrucción, indíquele "cepíllate el cabello".
6. Recuerde, los progresos se consiguen lentamente. Usted deberá proporcionarle cada vez menos ayuda (sin disminuir los elogios y las recompensas) a lo largo del programa de enseñanza.
7. Cuando el niño pueda cepillarse completamente el cabello por sí solo, siga elogiándolo, ya que esto le servirá para hacer de esta habilidad una parte de su rutina diaria.
8. Cuando haya dominado el uso del cepillo, utilice el mismo procedimiento para enseñarle a utilizar el peine.

## **HABILIDADES PARA EL USO DEL SANITARIO**

- I. Control intestinal.
- II. Control urinario.

### ***Objetivo específico***

Que el niño haga uso del sanitario de manera adecuada y adquiera el control intestinal y urinario.

## **I. CONTROL INTESTINAL**

### ***Conductas***

1. Identifica cuando tiene la necesidad de defecar.
2. Identifica la bacinica.
3. Identifica el papel sanitario.
4. Se baja el pantalón.
5. Se baja la trusa.
6. Evacua en el lugar adecuado.
7. Toma el papel sanitario y se limpia.
8. Se sube la trusa.
9. Se sube el pantalón.
10. Se lava las manos.

### ***Preparación del escenario***

Antes de empezar, debe adquirir una bacinica de acuerdo a la complejidad del niño que sea llamativa para él, para que se le haga agradable cada vez que visite el sanitario. Coloque el papel en un lugar que sea de fácil alcance para el niño. De ser posible y atendiendo a sus necesidades, prepare el escenario, el cual debe ser constante, usar una bacinica normal, evitar juguetes, personas y/o conversaciones que pueden ser factores de distracción. Tenga a la mano la recompensa que habrá de proporcionar. Recuerde elogiar y premiar todo esfuerzo de cooperación.

### ***Actividades parte 1***

Primero se requiere determinar el horario que usa el niño para orinar o defecar. Por lo cual

deberá establecer un patrón de evacuación de las veces que el niño orina o defeca, después de este tiempo se dará inicio con el entrenamiento, realizando los siguientes pasos:

1. Tome el registro de evacuación durante dos semanas.
2. Para cada periodo (7:00, 8:00, 9:00 hrs, etc.) registre el número de evacuaciones intestinales que ha tenido el niño.
3. Si el niño presenta un patrón regular y fácil de identificar, será posible programar las ocasiones en que haya que usar el cuarto de baño, que deberán ocurrir 15 min. antes de las horas de evacuación habituales.
4. Si el niño carece de un patrón regular o fácilmente identificable, su primera visita al baño deberá realizarse 15 min, antes de la primera vez que se registró un movimiento intestinal, con base en esto, deberá programar las visitas al sanitario cada dos horas.
5. Deberá seleccionar 2 o 4 ocasiones en el día para llevar al niño al baño como parte del programa de entrenamiento intestinal. Es necesario que realice estas visitas a la hora programada durante una semana.

### ***Actividades parte 2***

1. Siga utilizando pañales, hasta que se esté listo para impartir el entrenamiento urinario.
2. Aprenda a reconocer las señales de evacuación que emita el niño.
3. Lleve al niño al sanitario en las horas programadas o cuando perciba señales de evacuación. Siéntelo en la bacinica durante 5 min.
4. Dele las instrucciones de los pasos a realizar para bajarse el pantalón y bajarse la trusa.
5. Elogie y premie si logra evacuar, pero si no evacua abandone el sanitario por 10 min. Después de ese lapso lleve al niño al sanitario de nuevo.
6. Disminuya su presencia en el cuarto de baño. Comience cuando el niño pueda estar en el sanitario durante 5 min sin ayuda y dele recordatorios verbales. Después, regrese, elógielo y prémielo cada vez que logre evacuar.

7. De las instrucciones de los pasos a realizar para limpiarse de atrás hacia adelante, subirse el pantalón y subirse la trusa.
8. Realice el registro de cada vez que use el sanitario, anotando antes, si está sucio, húmedo o seco y el tipo de evacuación que haya tenido. Anote también si lleva al niño al sanitario en horas diferentes a las programadas.
9. Evalúe los progresos, determine si lleva al niño al sanitario en los momentos adecuados.

## **II. CONTROL URINARIO**

### ***Conductas***

1. Identifica cuando tiene la necesidad de orinar.
2. Identifica la bacinica.
3. Identifica el papel sanitario.
4. Se baja el pantalón.
5. Se baja la trusa.
6. Orina en el lugar adecuado.
7. Toma el papel y se limpia.
8. Se sube la trusa.
9. Se sube el pantalón.
10. Se lava las manos.

### ***Preparación del escenario***

El escenario será el mismo que en el control intestinal. Se deberá llevar primero otro registro bisemanal, para luego determinar el horario del uso del sanitario para el entrenamiento urinario, asegurándose de incorporar en el nuevo horario las horas de su uso durante el adiestramiento intestinal. De ser posible y atendiendo a las necesidades del niño, prepare el escenario, el cual debe ser constante, usar una bacinica normal, evitar juguetes, personas y/o conversaciones que pueden ser factores de distracción.

### ***Actividades***

1. Comience utilizando un calzón entrenador durante el día.
2. Aprenda a reconocer los signos de orinar que presente el niño.

3. Lleve al niño al sanitario en las horas programadas o cuando perciba señales de orinar. Siéntelo en la bacinica durante 5 min. Elógielo y prémielo si logra orinar, pero si no orina abandonen el sanitario por 10 min. Después de ese lapso, lleve al niño al sanitario de nuevo.
4. Dele las instrucciones de los pasos a realizar para bajarse el pantalón, bajarse la trusa y orinar en el lugar adecuado.
5. Disminuya su presencia en el cuarto de baño. Comience cuando el niño pueda estar sentado en la bacinica durante 5 min sin ayuda y recordatorios verbales. Después regrese, elógielo y prémielo cada vez que logre orinar.
6. Realice el registro cada vez que use el sanitario, anotando antes si está sucio, húmedo o seco. Anote también si se lleva al niño al sanitario en horas diferentes a las programadas.
7. Evalúe los progresos y determine si se lleva al niño al sanitario en los momentos adecuados.

## Registro de Evacuación

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Hora	Día 1		Día 2		Día 3		Día 4		Día 5		Día 6		Día 7	
	Pantalón	Avisó												
7:00 am														
8:00 am														
9:00 am														
10:00 am														
11:00 am														
12:00 am														
1:00 pm														
2:00 pm														
3:00 pm														
4:00 pm														
5:00 pm														
6:00 pm														
7:00 pm														

***Columna de pantalones:***

**S** = Está seco

**O** = Se ha orinado

**D** = Ha defecado

**O/D** Ha orinado y defecado

***Columna de avisó:***

**N** = No avisó

**A** = Si avisó

## Registro Conductual

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Habilidad: \_\_\_\_\_

No.	FECHA	...												
	Conductas	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	...
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
Puntuación total diaria														

Para evaluar las conductas de las diferentes habilidades utilice el siguiente código:

1 = Realiza la conducta

0 = No realiza la conducta