



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Respuestas educativas específicas ligadas a la parálisis
cerebral en la etapa de Educación Infantil

Autor/es

Laia Olivé Anguera

Director/es

Sonia Moya Rodrigo

Facultad de las Ciencias Humanas y de la Educación. Campus Huesca.

Año 2022-2023.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. Justificación	6
1.2. Objetivos	7
1.3. Metodología	8
2. DESARROLLO DEL TRABAJO	8
2.1. Marco teórico	8
<i>2.1.1. ¿Qué es la parálisis cerebral?</i>	8
<i>2.1.2. Clasificación de la parálisis cerebral</i>	11
<i>2.1.3. Causas</i>	14
<i>2.1.4. Posibles trastornos y deficiencias asociadas</i>	15
2.2. Marco legal	18
3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	20
3.1. Adaptaciones curriculares	21
3.2. Respuesta educativa	21
3.3. Objetivo general y objetivos específicos de la intervención	25
3.4. Contextualización del centro y del grupo-clase	25
3.5. Competencias clave	26
3.6. Metodología	27
3.7. Temporalización y organización	29
3.8. Actividades	31

3.9. Evaluación	38
4. CONCLUSIONES	42
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
6. ANEXOS	48
6.1. Anexo I.....	48
6.2. Anexo II	50
6.3. Anexo III.....	51
6.4. Anexo IV	52

Título del TFG

Respuestas educativas específicas ligadas a la parálisis cerebral en la etapa de Educación Infantil.

Title (in English)

Specific answers linked to cerebral palsy in childhood education.

- Elaborado por Laia Olivé Anguera.
- Dirigido por Sonia Moya Rodrigo.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de junio del año 2023.
- Número de palabras (sin incluir anexos): 13.351.

Resumen

El presente trabajo, pretende conocer qué es la parálisis cerebral y qué respuestas están articuladas para el alumnado. En mi caso, tengo a un familiar muy cercano con parálisis cerebral, por lo que mi gran meta es saber si existen otras respuestas más individualizadas al alumnado; atendiendo de manera más específica e individualizada a las necesidades de cada alumno/a del grupo-clase.

Además, se ha pensado en una propuesta de intervención educativa para un grupo-clase de 5 alumnos/as del Centro ASPACE de Huesca (Aragón, España), con el fin de proponer unas sesiones y unas actividades que puedan responder de manera más específica a las necesidades de estos cinco alumnos/as.

Abstract

This work pretends to know what cerebral palsy is and which educational answers propose to the affected students. In my personal case, I have a very close family member with cerebral palsy, that's why my reference point to get my goal is to investigate if there's other more individualized educational answers for each specific case inside the students group class.

Besides, in the paper we will put forward and educational intervention proposal for a group class consisting of 5 students of the ASPACE Centre in Huesca (Aragón, Spain), to propose a series of activities and sessions that will respond to the student body in a more accurate and specific way.

Palabras clave

Parálisis cerebral, Educación Infantil, adaptaciones, respuestas, individualizadas.

1. INTRODUCCIÓN

En agosto de 2007 estaba de viaje con mi familia cuando nos llamaron para decirnos que había nacido Víctor, mi primo pequeño. No fue hasta que tuve uso de razón que comprendí que mi primo no era como el resto de los otros niños, era especial. A lo largo de los años, he escuchado a muchos adultos y niños decir que mi primo era ‘el tonto’ del pueblo, incluso me han dicho que no querían jugar con mi primo pequeño porque le tenían miedo.

Años después, y siendo esta una motivación para estudiar magisterio, he querido realizar mi Trabajo de Fin de Grado sobre la parálisis cerebral, para estudiar, comprender y aprender más qué es. Por otra parte, pienso que mi primo pequeño tiene mucho potencial y que, igual, no se ha sabido explotar ese potencial al estar agrupado con otros alumnos/as que presentan otras deficiencias en mayor grado a las que presenta mi primo pequeño; por lo que también quería indagar acerca de qué actuaciones y/o respuestas se les dan a estos alumnos para poder pensar en una propuesta de intervención que fomente la eliminación de respuestas globalizadas para un grupo de alumnos que se presenta como heterogéneo.

1.1. Justificación

Cuando hablamos de parálisis cerebral ¿qué se te viene a la cabeza? A mí se me viene a la cabeza niños y niñas que gozan de sus posibilidades igual que cualquier otro tipo de alumnado, pero ¿realmente podemos establecer las mismas respuestas educativas para todos los infantes? Para hacer frente a esta pregunta, he escogido esta línea de investigación para conocer cómo está articulada la educación especial y qué respuestas o directrices dictan, en este caso, para aquellos alumnos con parálisis cerebral. Por otra parte, al haber experimentado de muy cerca cómo es el día a día de una persona con parálisis cerebral y que está escolarizada en ASPACE (Huesca), me ha surgido la necesidad de saber qué actuaciones y respuestas da este centro, si realmente son eficientes y, por último, si se podrían dar respuestas más individualizadas teniendo en cuenta las diferencias y los distintos grados de afectación del alumnado escolarizado en este centro.

Es por eso, por lo que el principio de la propuesta de este trabajo parte de conocer qué respuestas educativas presenta actualmente la legislación para los ACNEE (concretamente para el alumnado con parálisis cerebral) y ver si estas respuestas educativas se pueden transformar para atender de manera más específica las necesidades de estos alumnos.

Este interés surge desde hace bastantes años debido a que mi primo pequeño tiene parálisis cerebral. Su escolarización ha sido la siguiente: en la etapa de Educación Infantil y primer ciclo de Educación Primaria, estuvo en escolarización combinada entre el CRA de su pueblo y ASPACE y, en 2014 se le escolarizó en un Centro de Educación Especial, en este caso ASPACE Huesca. El centro ASPACE Huesca, nace en 1979 como respuesta de un grupo de familias ante las carencias de servicios y de atención hacia las personas con parálisis cerebral; aunque no fue hasta 1999 que se inauguró el centro (ubicado en la Carretera de Grañén s/nº). Este, cuenta con una gran variedad de equipos multiprofesionales (psicólogos, fisioterapeutas, logopedas, maestros de educación especial, auxiliares técnicos educativos y enfermeros/as) que trabajan de manera coordinada para poder satisfacer, potenciar y mejorar las necesidades de cada individuo.

No obstante, lo que ha hecho cuestionarme cuáles son las actuaciones que se proponen y cuáles son las que realmente se llevan a cabo, es que los compañeros/as de clase de mi primo presentan otro tipo de deficiencias (tanto motóricas, visuales y/o auditivas) en grados mayores a las que él presenta. Esto, ha hecho darme cuenta de que puede que no sea beneficioso que en un aula de Educación Especial haya alumnos que sean capaces de alcanzar unos niveles más altos de autonomía y de aprendizaje que se puedan ver afectados por compartir aula con alumnos/as que precisen otros tipos de actuaciones y de necesidades de mayor grado. Se debe tener en cuenta que la escolarización de los infantes con parálisis cerebral, aparte de garantizar una educación que atienda las necesidades educativas que el alumnado pueda presentar, también debe considerar que los individuos con parálisis cerebral no se presentan como un grupo homogéneo, por lo que creo que se deberían redactar unas respuestas educativas más específicas que atiendan la diversidad de necesidades específicas que presentan estos alumnos. No obstante, también hay que valorar estos factores: que a nivel económico es muy difícil poder garantizar una educación más individualizada para este tipo de alumnado, que hay pocos profesionales especializados para poder trabajar con alumnado con parálisis cerebral y que a nivel legislativo es muy complicado poder redactar unas leyes de carácter más individualizado.

1.2. Objetivos

El objetivo general de este trabajo es investigar y aprender las diferentes respuestas educativas específicas para la intervención con alumnado con parálisis cerebral

Los objetivos a nivel específico son los siguientes:

- 1) Profundizar más sobre qué es la parálisis cerebral.
- 2) Conocer cómo está articulada la ley de Educación Especial.
- 3) Analizar las actuaciones y las respuestas educativas pensadas para el alumnado con parálisis cerebral de Educación Infantil.
- 4) Valorar posibles respuestas más individualizadas para el alumnado.
- 5) Pensar distintas propuestas de intervención.

1.3. Metodología

La metodología para la realización de este trabajo se ha basado en realizar búsquedas a través de artículos y libros para adentrarnos en lo que es la parálisis cerebral. Por otra parte, también se va a llevar a cabo una visita a ASPACE Huesca y, mediante entrevistas, conocer qué respuestas educativas proponen, cómo organizan las clases y cómo se trabaja con estos alumnados. También se hará una lectura profunda a la legislación para poder descubrir cómo están articuladas las respuestas educativas que se proponen para el alumnado de Educación Infantil con parálisis cerebral.

Por último, se presentará una propuesta de intervención destinada a alumnado de Educación Infantil del Centro ASPACE Huesca en la que se fomente la eliminación de respuestas generalizadas y globales de enseñanza-aprendizaje para el alumnado con parálisis cerebral. En esta, se deberá tener en cuenta cómo está organizado el grupo-clase, qué características tienen en común y cuáles les diferencian de los demás para poder llevar a cabo una intervención que vele por cubrir y satisfacer todas las necesidades específicas del grupo. Por último, se optará por utilizar una metodología que sea abierta, flexible, individualizada pero también integradora para poder realizar y programar una serie de actividades que pongan en acento el poder dar una respuesta educativa específica a cualquier alumno/a del grupo-clase pensado para llevar a cabo esta intervención.

2. DESARROLLO DEL TRABAJO

2.1. Marco teórico

2.1.1. ¿Qué es la parálisis cerebral?

Durante un extenso período de tiempo, hemos presenciado una notable evolución en el concepto de parálisis cerebral, ya que diversas perspectivas y avances han contribuido a su

comprensión y definición. Sin embargo, siguiendo a Vázquez y Vidal (2014), a pesar de los esfuerzos por definir y clasificar la parálisis cerebral, aún persisten divergencias y falta de consenso entre los profesionales en cuanto a su definición precisa, lo que puede dificultar su adecuada identificación.

De acuerdo con Ruíz y Cuestas (2019) a mitad del siglo XIX, William J. Little emergió como el pionero en la descripción del concepto inicial de la parálisis cerebral. Fue el primer autor en reconocer y relacionar este trastorno con dificultades que pueden surgir durante el proceso de nacimiento, tales como la asfixia perinatal y la prematuridad. Gracias a sus investigaciones, se estableció una conexión entre estas complicaciones obstétricas y la manifestación de la parálisis cerebral.

Siguiendo a Badia (2007), William Osler en 1889 introdujo el término "parálisis cerebral infantil" con el propósito de designar un conjunto particular de discapacidades neuromusculares no progresivas. Con esta denominación, Osler buscaba brindar una descripción más precisa de las condiciones clínicas que afectan a los niños y que se enmarcan dentro de la parálisis cerebral.

De acuerdo con Ruíz y Cuestas (2019), el psicoanalista Sigmund Freud, en el año 1897, realizó una destacada contribución al campo de la parálisis cerebral infantil al publicar un estudio que abordaba esta condición. En dicho estudio, Freud llegó a la conclusión de que la asfixia, las complicaciones durante el período fetal y las dificultades en el parto podían llegar a ser los principales desencadenantes en la aparición de la parálisis cerebral.

En la línea con las investigaciones de Denhoff (1952), la parálisis cerebral puede ser definida como un conjunto de condiciones que se caracterizan por parálisis, debilidad, falta de incoordinación de movimientos u otros trastornos de las funciones motoras y que tienen su origen en una lesión o ausencia de funciones motrices en el cerebro. Esta definición de parálisis cerebral dio paso a una conexión directa entre las alteraciones motóricas y las irregularidades en el funcionamiento del cerebro.

Otros autores, como Puyuelo y Arriba (2000), describen la parálisis cerebral como un conjunto de trastornos neurológicos que se manifiestan a través de síntomas motores. Estos síntomas pueden variar, desde pequeñas dificultades en la movilidad de un brazo hasta

problemas motrices más graves en los que, por ejemplo, el individuo sea incapaz de mantener la cabeza erguida.

De acuerdo con las investigaciones de Sánchez y Llorca (2004), la parálisis cerebral se describe como una afección de tipo neuromotor cuya causa se debe a una lesión cerebral que se puede dar durante el embarazo, durante el parto o después del parto. Esta condición, no solamente comprende una sola enfermedad, trastorno o discapacidad, sino que engloba un conjunto de trastornos del neurodesarrollo que pueden afectar a distintas áreas de nuestro organismo. La diversidad de trastornos o problemas dentro de la parálisis cerebral pueden tener implicaciones importantes en la calidad de vida del individuo; por lo que pueden influir en su autonomía, participación social, desempeño académico y laboral, y en su bienestar emocional y psicosocial en general.

Siguiendo a Carr (2005), la parálisis cerebral se describe como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento, de la postura y de la coordinación que se atribuyen a alteraciones no progresivas que afectan al cerebro del individuo en su desarrollo fetal, infantil y de la primera infancia (hasta los 3 años máximo). Este grupo de trastornos suele estar acompañado de otras deficiencias, como, por ejemplo: cognitivas, de comunicación, de percepción y/o comportamentales; por lo que la actividad del individuo es limitada, y su participación se ve restringida.

La definición más reciente sobre parálisis cerebral es la de Rosenbaum et. al (2007), la cual se entiende como un grupo permanente de trastornos de la postura y del movimiento que causa limitaciones en la actividad cotidiana del individuo; lo que se le atribuyen alteraciones de carácter no progresivo que ocurren cuando el cerebro está en desarrollo. Por otra parte, hacen especial hincapié en que los trastornos motóricos de la parálisis cerebral suelen ir acompañados de otras alteraciones (percepción, comunicación, conducta...).

Como conclusión, cabe destacar que durante los años se han propuesto una variedad infinita de definiciones sobre qué es la parálisis cerebral. Siguiendo a Xhardez (1992), a día de hoy, parece que hay consenso en cuanto al concepto de parálisis cerebral:

- La parálisis cerebral no es hereditaria, es permanente y no progresiva: la lesión neurológica es irreversible y no aumenta ni disminuye; aunque con entrenamiento y atención puede mejorar o, por lo contrario, sin atención puede empeorar.

- Es una lesión en el SNC antes de su completa maduración: una vez producida la lesión, esta repercute en el proceso madurativo del cerebro, por lo que el desarrollo del individuo se ve afectado.
- La lesión provoca trastornos motores que afectan al movimiento y a la postura normalizada.
- Suele ir acompañada de deficiencias o trastornos sensoriales, perceptivos, cognitivos y del lenguaje.

2.1.2. Clasificación de la parálisis cerebral

La parálisis cerebral, como trastorno neuromotor crónico y persistente, presenta una variedad amplia en sus manifestaciones clínicas y funcionales, por lo que precisa de una clasificación que permita entender y abordar de manera más precisa este trastorno. Denhoff (1952) realizó una clasificación sobre los cuatro tipos de parálisis cerebral que existen. No obstante, otros autores como Herberg (2014) o García et al. (2022) revisaron esta clasificación y realizaron otras aportaciones. La clasificación de la parálisis cerebral teniendo en cuenta el momento de aparición, es la siguiente:

- Parálisis cerebral espástica: suele ser la más frecuente, con un 66% de afectación (Denhoff, 1952). Ocurre cuando la lesión ha ocurrido la corteza cerebral, normalmente cuando las células nerviosas que se encuentran en la capa externa de la corteza no funcionan correctamente. De acuerdo a García et al. (2022) espasticidad significa rigidez, el tono muscular es rígido, sus movimientos son lentos y se presenta una imposibilidad para relajar determinados grupos musculares, por lo que presenta muchas dificultades para poder mover determinadas partes del cuerpo, incluso puede provocar la imposibilidad de hacerlo. Esta, siguiendo a Sánchez y Llorca (2004) suele llevar asociados varios problemas en la musculatura bucofaríngea (mandíbula, laringe, lengua, paladar y diafragma) que producen trastornos del lenguaje debido a la dificultad para articular palabras, tono de voz monótono y sin entonación, babeo y respiración insuficiente que suele ser por la boca.
- Parálisis cerebral atetoide: Según Denhoff (1952) se presenta en un 19% de los individuos. Esta, ocurre cuando la lesión se da en la parte central del cerebro y se caracteriza por presentar movimientos lentos, involuntarios e incoordinados que interfieren en las acciones voluntarias del propio cuerpo, por lo que el individuo presenta

una disminución del tono muscular (hipotonía). Estos movimientos involuntarios, siguiendo a Gómez, Hugo, Palencia, Hernández y Guerrero (2013) afectan generalmente a los músculos faciales, al aparato respiratorio, a la voz y a los órganos buco fonatorios, cuya afectación se puede dar en la deglución y masticación, puede presentar distonías, mala coordinación entre la respiración y la voz y dificultades fonéticas en la producción de sonidos.

- Parálisis cerebral atáxica: Siguiendo a Denhoff (1952), la sufre un 8% de la población. En la parálisis cerebral atáxica, la lesión se encuentra en el cerebelo. Se ve afectado el sentido del equilibrio, la dirección y la coordinación de movimientos. Sánchez y Llorca (2004) comentan que este tipo de parálisis cerebral suele ir acompañada de dificultades en acciones que requieren rapidez, precisión y coordinación, así como temblor en estas acciones, por lo que, debido a la falta de equilibrio, son individuos que tropiezan y se caen a la hora de caminar. Por otra parte, son individuos que presentan dificultades en el lenguaje, ya que presentan una voz monótona, débil y con temblor en las cuerdas vocales, por lo que la articulación es deficiente.
- Parálisis cerebral mixta: se presenta como una combinación de lesiones del cerebro en varias de sus estructuras. Las características de la parálisis cerebral mixta son combinaciones de las anteriores, aunque la más frecuente suele ser la combinación entre la espástica y atetosis.

La parálisis cerebral puede ser clasificada de varias formas. De acuerdo con Póo (2006), una de las formas de clasificación se relaciona con la parte del cuerpo afectada por esta condición, por lo que, al identificarla los profesionales podrán adaptar las intervenciones y los tratamientos de manera más específica para mejorar la calidad de vida de estos individuos. Esta clasificación es la siguiente:

- Hemiplejía: se ve afectada la mitad izquierda o derecha del cuerpo (por ejemplo, piernas y brazos del lado izquierdo del cuerpo).
- Paraplejía: afectación en las extremidades inferiores del cuerpo.
- Tetraplejía: afectación en las cuatro extremidades del cuerpo (los dos brazos y las dos piernas).
- Diplejía: presentan alteraciones motoras en las dos piernas. Los brazos se ven poco o nada afectados.

- Monoplejía: solamente afecta a un miembro/parte del cuerpo (por ejemplo, el brazo derecho).

Autores como Palisano et al. (2005) propusieron una clasificación conocida como el Sistema de Clasificación de la Función Motora Gruesa (GMFCS). Esta, se basa en la función motórica gruesa y en la capacidad de desplazamiento en los individuos con parálisis cerebral, agrupándolos en cinco niveles que se distribuyen de un menor grado de afectación hasta un mayor grado de limitaciones en la movilidad:

- Nivel I: el individuo no está limitado en las actividades cotidianas y diarias. No obstante, puede presentar pequeñas alteraciones físicas en cuanto a la velocidad, el equilibrio y la coordinación, aunque no precisa de ningún dispositivo auxiliar ni de asistencia física.
- Nivel II: la persona muestra dificultades para poder llevar a cabo actividades diarias, por lo que precisan asistencia u otros tipos de cuidados en determinados momentos. Muestra limitaciones para caminar largas distancias y mantener el equilibrio. Pueden precisar de algún dispositivo con ruedas para caminar distancias cortas (andador) largas distancias (silla de ruedas).
- Nivel III: el individuo precisa de un dispositivo manual auxiliar para caminar (andador) e incluso silla de ruedas para realizar recorridos más largos. Este, también precisa de soportes pélvicos y/o de tronco en sedestación.
- Nivel IV: la persona presenta una auto movilidad limitada, por lo que es posible que precise de dispositivos motorizados para poder recorrer cualquier tipo de distancia. Asimismo, precisa de soportes para poder mantener la posición de bipedestación y sentado (soportes en el tronco y en la pelvis).
- Nivel V: el infante debe ser transportado en silla de ruedas motorizadas o llevadas por otros adultos o asistentes. Presenta limitaciones serias en el control de la cabeza y del tronco; por lo que requieren de recursos tecnológicos muy avanzados para poder asistirlos (tabletas, punteros cefálicos...).

Siguiendo a Eliasson y colaboradores (2006) presentaron en el Manual Ability Classification System (MACS) una clasificación ampliamente utilizada en la evaluación de la funcionalidad de la motricidad fina y en el rendimiento y desempeño manual en personas con parálisis cerebral. Esta clasificación, consta de cinco niveles que reflejan distintas capacidades y

limitaciones en el desempeño y ejecución de tareas manuales. Los niveles se estructuran de la siguiente manera:

- Nivel I: en este primer nivel, el individuo manipula los objetos fácilmente y sin problema. Las limitaciones que se pueden encontrar en este nivel es la habilidad o precisión con la que realizar las actividades o la manipulación de objetos muy pequeños. No obstante, estas limitaciones no afectan a la vida diaria de la persona.
- Nivel II: es capaz de manipular la mayoría de los objetos, pero con una limitación en la velocidad, precisión y el movimiento. A causa de estas limitaciones, el individuo suele buscar alternativas para manipular los objetos, pero las habilidades motrices no restringen la autonomía en sus actividades.
- Nivel III: en este nivel, el individuo manipula los objetos con dificultad, la manipulación es lenta, por lo que pierde calidad en sus movimientos. Este, precisa de ayuda para llevar a cabo algunas actividades de la vida diaria, aunque con entrenamiento y con algunas adaptaciones puede realizar actividades de manera independiente.
- Nivel IV: solamente es capaz de manipular objetos que sean grandes y fáciles de agarrar. En algunas partes de la tarea, podrá llevarlas a cabo sin ayuda, aunque en general requiere de ayudas, asistencia y adaptaciones para realizar todas actividades cotidianas de manipulación.
- Nivel V: en este último nivel, no es capaz de manipular objetos, por lo que requiere asistencia total en sus actividades.

Siguiendo a Madrigal (2004) la clasificación de la parálisis cerebral se basa en varios factores, como los tipos que existen, la parte del cuerpo afectada y/o la distribución de los síntomas motores, así como en la gravedad de la afectación. En resumen y de acuerdo con Puyuelo y Arriba (2000), la clasificación de la parálisis cerebral es un proceso que permite categorizar, describir y definir la afectación motora y funcional de una persona con parálisis cerebral y sus situaciones diarias.

2.1.3. Causas

Según Rosenbaum, Paneth, Leviton, Goldstein y Bax (2007) las causas subyacentes de la parálisis cerebral son diversas y pueden variar dependiendo de cada individuo. Se ha observado que la lesión cerebral que da origen a la parálisis cerebral puede producirse antes, durante o después del nacimiento. Es importante destacar que las causas de la parálisis cerebral pueden

ser altamente variables en cada caso, y en ocasiones la causa exacta puede no ser identificada. Asimismo, la severidad de los síntomas y el tipo de afectación motora pueden diferir ampliamente entre las personas con parálisis cerebral.

Las causas de la parálisis cerebral son variadas. Estas pueden clasificarse según el momento en el que se produce la lesión. Siguiendo a Madrigal (2004), las podemos clasificar en:

- Factores prenatales: abarca el 35% de los individuos con parálisis cerebral según Sierra (1994). La mayoría de ellos se debe a incidencias durante la gestación (infecciones víricas, rubéola o toxoplasmosis), enfermedades metabólicas y retardo en el crecimiento intrauterino, por medicación contraindicada durante el embarazo o por traumatismos.
- Factores perinatales: son los más frecuentes, un 55% de los casos se deben, siguiendo a Sierra (1994) por incidencias durante el parto (distocias), anoxia neonatal (falta de oxígeno), sufrimiento fetal agudo, ictericia o traumatismos durante el parto producidos por la utilización de ventosas o fórceps para que ayude a que salga el bebé.
- Factores postnatales: estos, señalan como límite de edad los tres años. Son los menos frecuentes (con un 10% de casos). Estos pueden deberse por anomalías metabólicas, infecciones víricas (meningitis y encefalitis) o por traumatismos.

Según Lenis (2006), aunque existan múltiples factores que pueden contribuir al desarrollo de la parálisis cerebral, las principales causas se relacionan con lesiones en el cerebro que ocurren antes, durante o poco después del nacimiento. Es importante destacar que la parálisis cerebral es una condición heterogénea y diversa, lo cual implica que las causas, los síntomas y las deficiencias pueden variar significativamente de un individuo a otro.

2.1.4. Posibles trastornos y deficiencias asociadas

Autores como Rosenbaum et al. (2007), han mencionado en sus estudios que la parálisis cerebral es un trastorno que generalmente afecta a la postura y al movimiento. Más allá de las deficiencias motóricas, la parálisis cerebral conlleva una amplia asociación de trastornos y deficiencias, las cuales según Carr (2005) abarcan dificultades sensoriales, comunicativas, cognitivas y del desarrollo. Comprender estos aspectos asociados es crucial para proporcionar una atención integral y adaptada a las necesidades individuales de las personas con parálisis cerebral.

Siguiendo a Rosenbaum et al. (2007), la parálisis cerebral puede manifestarse con diversos trastornos sensoriales, como problemas de visión y audición, cuya aparición puede tener un impacto muy significativo en la calidad de vida y el desarrollo de las habilidades de comunicación de la persona afectada.

Siguiendo a Puyuelo (2000), se han identificado una serie de problemas comunes que suelen estar asociados a la parálisis cerebral. Estos problemas, abarcan distintas áreas, como la visión, la audición, la cognición o el lenguaje. Estos son:

- Problemas oculares: lo presentan alrededor de un 40% de las personas con parálisis cerebral. Uno de los más comunes es el estrabismo (los ojos no están alineados y puede originarse una visión doble), la miopía o nistagmus (movimientos involuntarios de los ojos). Estos problemas, según Xhardez (1992) pueden causar dificultades en el mantenimiento postural, al equilibrio, a la seguridad del niño y a la prensión.
- Problemas auditivos: se encuentran en un 5%-10% de los casos. Pueden presentarse alteraciones a nivel perceptivo y de transmisión de la sordera que van desde una hipoacusia leve hasta una sordera neurosensorial bilateral. Estos problemas de audición pueden desencadenar en dificultades en el área del lenguaje debido a la falta de información.
- Trastorno del Desarrollo Intelectual y deficiencia cognitiva: oscila entre un 40%-60% de los individuos con parálisis cerebral. Según el DSM-V, este puede ser leve (CI entre 50-55 y 70), moderado (CI entre 35-40 y 50-55), grave (CI entre 20-25 y 35-40) y profundo (CI inferior a 20-25).
 - Leve (CI entre 50-55 y 70): constituyen el 85% de la población con TDI. Se describe como una categoría educable en la que los sujetos son capaces de beneficiarse de las experiencias educativas propias de la etapa de educación infantil. Con apoyos y adaptaciones adecuadas, podrán terminar la educación secundaria obligatoria con un nivel de educación primaria.
 - Moderado (CI entre 35-40 y 50-55): este grupo constituye un 10% de la población. Estos individuos, adquieren habilidades comunicativas durante los primeros años de su niñez, aunque a nivel educativo, difícilmente alcanzarán aprendizajes correspondientes al final de la etapa de primaria. No obstante, pueden atender su autocuidado personal, por lo que, en su vida adulta, podrán realizar trabajos con supervisión moderada.

- Grave (CI entre 20-25 y 35-40): supone un 3%-4% del total de la población. Aquellas personas que se encuentran en esta etapa, durante su niñez temprana difícilmente podrán adquirir un lenguaje comunicativo. Asimismo, durante la edad escolar podrán aprender a hablar, a realizar cálculos muy básicos y a leer palabras imprescindibles. Por otra parte, en su vida adulta podrán realizar tareas simples estrechamente supervisados en instituciones.
- Profundo (CI inferior a 20-25): incluye aproximadamente el 1-2% de las personas con TDI. La mayoría de los individuos con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica. Estos, precisan de un ambiente muy estructurado, con ayudas y supervisión constantes.
- Epilepsia: la epilepsia presenta un alto porcentaje, con un 40%-60% de los niños/as con parálisis cerebral. Siguiendo a Adamolekun (2022), un 33% de la población han sufrido crisis epilépticas, cuyo origen viene dado por una actividad anormal eléctrica en el cerebro, por lo que causa una alteración involuntaria del movimiento debido a la lesión cerebral.
- Trastorno del lenguaje y del habla: debido a los problemas buco fonatorios, intelectuales y auditivos, entre un 70%-80% de la población con parálisis cerebral presenta dificultades como la dispraxia y disartria verbal; por lo que muchas veces requieren de SAAC (sistemas aumentativos y alternativos de comunicación).
- Problemas perceptivo-motores: estos problemas presentan dificultades en el esquema corporal, en la lateralidad, en la orientación espacial y en el equilibrio.
- Problemas comportamentales y conductuales: los problemas comportamentales son tales como hiperactividad, inseguridad, baja autoestima u obsesión. En cuanto a los problemas conductuales, según Padilla (1960) podemos encontrar conductas agresivas y autolesivas y también estereotipias (como, por ejemplo, morderse las manos).
- Dificultad de aprendizaje: por todos los problemas nombrados anteriormente, el niño con parálisis cerebral puede mostrar dificultad en la atención, en la concentración y en la memorización, así como en el procesamiento de la información.

La parálisis cerebral, como se ha nombrado anteriormente, es un trastorno que en el mayor de los casos convive con otros trastornos. De acuerdo con Moreno, Montero y García-Baamonde (2004) estos, pueden dificultar en la movilidad, el equilibrio y la coordinación motora, así como problemas en el habla, la comunicación, la percepción y la audición; por lo

que el aprendizaje, la atención y la comprensión de todo lo que le rodea también se verá afectado.

Siguiendo a Sánchez y Llorca (2004), es de especial importancia reconocer que cada persona con parálisis cerebral puede experimentar una combinación única de trastornos y deficiencias, por lo que la condición es altamente heterogénea. Por lo tanto, se requiere un enfoque integral, multidisciplinario y flexible para abordar las necesidades individuales y garantizar el desarrollo de cada individuo.

2.2. Marco legal

En el presente trabajo, se considerarán tanto la legislación estatal como la legislación autonómica en relación con la educación infantil a fin de desarrollar la propuesta de intervención.

A nivel estatal, la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE), establece en el artículo 1 y 2, los principios y los fines de la educación, teniendo en cuenta la igualdad de derechos y oportunidades sin que exista discriminación por discapacidad, sexo, origen racial etc. Al mismo tiempo, se establece la enseñanza básica (artículo 4) garantizando una educación común para todo el alumnado, y adaptando la educación inclusiva como principio fundamental para poder atender a cualquier alumno. En cuanto a la Educación Infantil, la LOMLOE propone en el artículo 12 los principios generales de esta etapa, proponiendo la detección precoz y ofreciendo atención temprana de necesidades específicas para aquellos alumnos/as que lo precisen.

Por otra parte, se plantean los principios (art. 71), los recursos (art. 72), el ámbito (art. 73), la modalidad de escolarización (art. 74) y la inclusión (art. 75) para el alumnado que presenta necesidades educativas especiales por afrontar barreras que limitan su acceso, presencia, participación o aprendizaje, derivadas de discapacidad o de trastornos graves de conducta, de la comunicación y del lenguaje, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, y que requiere determinados apoyos y atenciones educativas específicas para la consecución de los objetivos de aprendizaje adecuados a su desarrollo.

Asimismo, el Real Decreto 95/2022, de 1 de febrero, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Infantil decreta, en el artículo 13, establece la

importancia de atender de manera más individualizada al alumnado que muestre necesidades educativas especiales.

La comunidad autónoma de Aragón, en el Orden ECD/853/2022, de 13 de junio, por la que se aprueban el currículo y las características de la evaluación de la Educación Infantil y se autoriza su aplicación en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón, establece los fines (art. 2) y los principios (art. 3 y 4) que quedan establecidos para la etapa de Educación Infantil. En el artículo 18 se hace referencia a la evaluación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo; será el tutor/a junto a otros especialistas los que se encarguen de que la evaluación responda a aquellas adaptaciones que requiera el alumno/a. Asimismo, en el artículo 22 quedan recogidas las medidas de atención a las diferencias individuales, lo que dota de importancia organizar los recursos personales, materiales y/o temporales para que el alumnado logre los objetivos correspondientes a su etapa.

En el Decreto 164/2022, de 16 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica el Decreto 188/2017, de 28 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la respuesta educativa inclusiva y la convivencia en las comunidades educativas de la Comunidad Autónoma de Aragón, en su artículo 10, define la educación inclusiva como aquellas actuaciones que personalizan la atención al alumnado, fomentando su participación y reduciendo su exclusión. Por otra parte, se ponen sobre la mesa las actuaciones de carácter específico (art. 16), cuyo objetivo es modificar aquellos elementos curriculares para poder responder a la necesidad específica de apoyo educativo que presente el alumnado. No obstante, es importante tener en cuenta la evaluación psicopedagógica (art. 17) para poder detectar y valorar qué tipo de orientaciones se le puede ofrecer al alumnado. En el artículo 20, queda recogida la definición de ACNEAE, que es aquel que requiere una atención educativa distinta a la ordinaria, por presentar NEE, por retraso madurativo, por trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación, por trastornos de atención o de aprendizaje, por desconocimiento grave de la lengua de aprendizaje, por encontrarse en situación de vulnerabilidad socioeducativa, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar. Por último, se entiende como alumnado con necesidad específica de apoyo educativo por presentar necesidades educativas especiales (art. 21) aquel que precise, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta.

Por último, el Orden ECD/1005/2018, de 7 de junio, por la que se regulan las actuaciones de intervención educativa inclusiva se describen las propuestas de escolarización en centros de atención educativa preferente, Educación Especial o combinado (art. 24) correspondientes al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo cuando la evaluación psicopedagógica lo proponga.

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Dicha propuesta que se va a desarrollar realiza una intervención dirigida al alumnado con parálisis cerebral de carácter motivadora, flexible, abierta e integradora para poder dar respuestas más concretas y, por lo tanto, específicas a este alumnado. La elección de la propuesta de intervención para el presente trabajo ha sido motivada por la falta de satisfacción ante las propuestas generalizadas y homogéneas que se están dando al alumnado con parálisis cerebral. Cabe recordar que no todos los usuarios con parálisis cerebral muestran el mismo tipo de deficiencias y/o necesidades que otros, por lo que hay que tener en cuenta que la propuesta deberá de estar destinada a un grupo heterogéneo de alumnos/as de entre 3 y 6 años.

En la propuesta se recogerán:

- Las actuaciones para favorecer el desarrollo motor, un buen control postural, dar respuesta a las necesidades básicas y vitales como tener una alimentación segura y eficaz y fomentar la autonomía en las actividades de la vida diaria de manera ajustada a cada uno de ellos.
- Acompañarlos en su desarrollo, ofrecer seguridad y comprender el entorno (tener claves que les ayuden a comprender la actividad que van a realizar, dónde y con quien van a estar), favorecer la autoestima, acompañarlos en el conocimiento y gestión de sus emociones y la de los demás... y siempre tener en cuenta los ritmos y tiempo de cada uno.
- Ofrecer entornos estimulantes a nivel sensorial, fomentar la participación activa y potenciar su comunicación (a nivel corporal, gestual, lenguaje oral, con pictogramas...).
- Los recursos que necesita para la comunicación, el desplazamiento, la autonomía, para trabajar mediante juegos.
- Potenciar la relación con iguales (con sus compañeros del centro y con niños de otros colegios) y su presencia en el entorno de una manera ajustada a cada uno de ellos.

3.1. Adaptaciones curriculares

A nivel general, las adaptaciones curriculares que se podrán realizar para el alumnado con parálisis cerebral en Educación Infantil serán las siguientes:

- Conocer las características del desarrollo global del niño, así como las necesidades educativas que presenta.
- Partir de una valoración inicial lo más temprana posible, evaluando aquellos rasgos más significativos, para así planificar la acción educativa que se seguirá.
- A la hora de priorizar, seleccionar y/o incorporar objetivos y contenidos curriculares en la realización de la Adaptación Curricular Individualizada que sean asequibles para el alumnado.
- Coordinación, continuidad y reparto de funciones entre los distintos ámbitos y entre los trabajadores del centro educativo para potenciar al máximo las posibilidades de desarrollo del niño.
- Brindar rehabilitación fisioterapéutica, estimulación logopédica, darles asistencia por parte de los A.E.E. (auxiliares de educación especial).
- Revisar periódicamente el programa, teniendo en cuenta que tanto las capacidades como las incapacidades pueden no permanecer estables.

3.2. Respuesta educativa

a) Intervención de los distintos profesionales

Los profesionales que van a intervenir a lo largo de toda la etapa académica del alumnado, y, por lo tanto, en la propuesta de intervención serán los siguientes:

- Profesor de Pedagogía Terapéutica: deberá contribuir en la valoración e identificación de las necesidades educativas y colaborar en la realización de la programación individual. Por otra parte, deberá colaborar en la evaluación, realizando la suya específica propia sobre el proceso de enseñanza/aprendizaje del alumno. Este, deberá mantener, junto con el tutor, contacto frecuente con la familia para ofrecer orientación sobre qué pautas de actuación en el ámbito familiar pueden complementar las actuaciones llevadas a cabo en la escuela.
- Fisioterapeuta: es el responsable de la rehabilitación física. Sus objetivos serán que el alumnado logre el desarrollo de patrones motóricos ordinarios, precisará trabajar el

control postural o trabajar la prevención de contracturas, ayudando en los patrones posturales normales.

- Terapeuta ocupacional: el terapeuta ocupacional ayudará al alumnado con parálisis cerebral a poder desarrollar actividades de la vida diaria tales como vestirse, desvestirse, aseo e higiene personal, alimentación... También podrá ayudar en el uso de aparatos de ayuda (sillas, andadores) o en el uso de prótesis (férulas).
- Auxiliares de Educación Especial: su función es asistir al alumnado en la realización de aquellas actividades básicas que no puede realizar por sí mismo, como por ejemplo desplazamiento, higiene personal, eliminación intestinal y vesical, colocación de bolsas colectoras o compresas, ayuda en la alimentación, etc.
- Logopeda: el logopeda es el especialista que desarrollará en el alumnado la capacidad de comunicación, no sólo verbal sino en todas las manifestaciones de la expresión y comprensión en las relaciones personales. Se ocupará de corregir aquellos trastornos del lenguaje, por lo que, si el incorrecto desarrollo de los órganos fonarticulatorios impide un lenguaje oral, deberá establecer un sistema alternativo de comunicación
- Psicopedagogo orientador: es aquel que realiza la evaluación psicopedagógica y dicta qué escolarización precisará dicho alumno/a o si procede de modificación de modalidad de escolarización.

b) Espacios, aula y mobiliario

Se deberá de analizar qué barreras arquitectónicas se tienen que eliminar en el entorno escolar. Algunas medidas posibles son:

- Construcción de rampas en lugares en los que hay pocas escaleras, poniendo una superficie antideslizante pero que no impida el rodamiento de las sillas de ruedas.
- Instalación de ascensores o montacargas que sean amplios con capacidad para sillas de ruedas.
- Pasamanos en los pasillos.
- Puertas amplias, picaportes de barra mejor que redondos (más manipulables).
- Suelos lisos y nivelados evitando alfombras sueltas.

En cuanto al mobiliario, deberemos pensar en la infinidad de adaptaciones que se deberán de hacer para que aquel alumnado que utilice silla de ruedas o dispositivos manuales auxiliares para caminar, puedan tener un espacio acondicionado. Estos son:

- Sillas:
 - Si se usa silla de ruedas se necesita un espacio lo suficientemente amplio para girar.
 - Siempre que se pueda se deberá usar silla adaptada diferente a la de ruedas si van a permanecer cierto tiempo en el lugar.
 - Debe poseer buen apoyo lateral, de cabeza y de pies, con tacos abductores y reposabrazos.
- Mesas:
 - Deberán ser regulables en altura.
 - Si el niño utiliza silla de ruedas, se tendrá que colocar a la altura adecuada para que se puedan introducir por debajo los reposabrazos.
 - La mesa deberá ser con escotadura para acoplar la silla adaptada dentro.
 - Tendrá que contar con la posibilidad de poder colocar el tablero inclinado para algunas tareas, y también con posibilidad de utilizar sujetapapeles, alfombrillas antideslizantes, tableros como pizarras para utilizar con materiales imantados, tableros de corcho etc.
 - Será importante estudiar y tener en cuenta la ubicación del niño en el aula, de forma que tenga acceso a lo necesario teniendo en cuenta su limitación de movimientos.

c) Escritura y actividades manipulativas

Teniendo en cuenta las disfunciones motoras más frecuentes que obstaculizan la escritura del alumnado de Educación Infantil con parálisis cerebral, deberemos adaptar y dar respuesta a:

- Ausencia de mano o brazo, bilateral o en un sólo lado: se tendrá que determinar la conveniencia de usar una prótesis o aprovechar las capacidades residuales y determinar (junto con el terapeuta ocupacional) el mejor dispositivo para sujetar el lápiz.
- Disfunción que afecte a brazos o manos: estos alumnos, encuentran una mayor dificultad derivada normalmente de un deficiente apoyo del tronco necesario para la escritura. Es por eso, por lo que puede ser necesario adaptar a la silla correas para sujetar el tronco al

respaldo o un molde de escayola para conseguir el sostén troncal. Los pies deberán estar bien apoyados en el suelo o en el reposapiés, añadiendo un taco aductor (cuña de separación) entre las piernas para evitar la aducción de las piernas y el deslizamiento del cuerpo hacia delante.

d) Lenguaje y comunicación

Los problemas en el desarrollo del lenguaje se darán cuando la movilidad o el control de los órganos fonarticulatorios se encuentren afectados por una causa de origen neurológico, muscular o articulario. En muchos casos se podrá proceder a una reeducación, llegándose a alcanzar un lenguaje oral comprensible. En otros se tendrá que recurrir a sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC).

- Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación: siguiendo a Pérez (s.f.) son todos aquellos recursos, naturales o desarrollados con fines educativos y terapéuticos, que implican mecanismos de expresión distintos de la palabra articulada. En algunos casos los mensajes se transmiten en forma de habla, mediante mecanismos de voz sintetizada, pero casi siempre consisten en signos gráficos, como por ejemplo los pictogramas. Existen cinco grupos de sistemas de signos para la comunicación aumentativa y alternativa:
 - Sistemas basados en elementos muy representativos, como objetos, miniaturas, fotografías o dibujos fotográficos que el niño puede indicar con fines comunicativos.
 - S.P.C: sistema basado en dibujos lineales (pictogramas), fáciles de reproducir y utilizar en ayudas técnicas y que permiten un nivel de comunicación telegráfica y correcta.
 - BLISS: sistema que combina signos pictográficos, idiográficos y arbitrarios, permitiendo la creación de símbolos complejos a partir de los más simples. Posibilitan un desarrollo morfosintáctico más complejo y una mayor creatividad expresiva.
 - Sistemas basados en la ortografía tradicional. Se utilizan letras, sílabas, palabras y frases.

- Lenguajes codificados: según Montero (2003) existen ayudas técnicas que permiten la entrada a través de códigos, pudiendo disponer de salidas diversas, como el texto en escritura tradicional y/o Braille, voz sintetizada, teclados locutados etc.

3.3. Objetivo general y objetivos específicos de la intervención

El objetivo general de esta propuesta de intervención es promover el desarrollo íntegro del alumnado con parálisis cerebral, pudiendo estimular su autonomía, sus habilidades comunicativas, artísticas, cognitivas, sensoriales y motrices.

Los objetivos específicos de dicha propuesta son:

- 1) Estimulación temprana en el desarrollo motor utilizando materiales y recursos adaptados.
- 2) Estimulación en comunicación y lenguaje, implementando sistemas aumentativos y alternativos de comunicación.
- 3) Adaptaciones curriculares y pedagógicas en función de las necesidades y capacidades de cada alumno/a.
- 4) Integración sensorial y atención, diseñando y fomentando la integración sensorial de los alumnos/as mediante actividades y juegos que estimulen los sentidos.
- 5) Brindar apoyo emocional promoviendo un ambiente inclusivo que facilite la integración a cualquier alumno/a.

3.4. Contextualización del centro y del grupo-clase

El centro en el que se ha pensado para llevar a cabo esta propuesta es el Centro ASPACE de Huesca. Este, se trata de un centro de carácter concertado que ofrece distintos servicios, tales como: servicio de ambulatorio, atención temprana, centro escolar, centro de día para adultos, residencia, habilitación física, logopedia, orientación pedagógica y apoyo psicológico, trabajo social, atención a las familias, atención a la salud y ocio. El Centro Escolar ofrece Educación Infantil (de 3 a 6 años), E.B.O. (de 6 a 18 años) y Transición a la Vida Adulta (de 18-20 años a 21 años).

El objetivo principal del Centro ASPACE Huesca es mejorar la calidad de vida de sus alumnos, aportando las experiencias, estímulos y ayudas necesarias que favorezcan su máximo desarrollo, así como promover acciones para lograr la máxima normalización e inclusión en su

vida escolar, familiar y social. Por otra parte, los principios de ASPACE Huesca son velar por una atención integral, respetando a la persona, a la individualidad y a la diferencia, fomentando así la presencia y la participación social de un modo adecuado a cada alumno/a.

El alumnado de Educación Infantil del Centro ASPACE Huesca se centra en una clase de 5 niños/as matriculados: 2 a tiempo completo y 3 en escolarización combinada. El aula de Educación Infantil cuenta con una tutora que comparte su trabajo con un compañero auxiliar técnico educativo. Junto con estos profesionales, el equipo del aula está compuesto por logopeda, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional, contando también con el servicio de atención a la salud, orientación y trabajo social.

Los alumnos y alumnas de Educación Infantil del Centro ASPACE de Huesca, junto con el componente neuromotor, presentan otras alteraciones asociadas entre las que destacan:

- Distintos niveles de desarrollo cognitivo.
- Dificultades en la comunicación.
- Dificultades en el aprendizaje.
- Alteraciones sensoriales.
- Distintas situaciones relacionadas con la salud: presencia de crisis epilépticas, disfagia, problemas respiratorios...
- Trastornos ortopédicos.
- Alteraciones de conducta y/o emocionales.

3.5. Competencias clave

Siguiendo el ORDEN ECD/853/2022, de 13 de junio, por la que se aprueban el currículo y las características de la evaluación de la Educación Infantil y se autoriza su aplicación en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón, las competencias clave que se han escogido para esta propuesta, han sido las siguientes:

- CCL (competencia en comunicación lingüística): teniendo en cuenta las limitaciones en estos alumnos/as, será importante incidir en los intercambios comunicativos entre ellos y otras personas para favorecer el proceso de socialización, la expresión de emociones, sentimientos y vivencias propias y de los demás. Será importante establecer sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (como pictogramas o comunicadores y tableros sencillos con salida a voz).

- CD (competencia digital): el alumnado con parálisis cerebral precisa del uso y la utilización de recursos y herramientas digitales, por lo que será de vital importancia generar un consumo saludable y responsable. Por otra parte, el uso de herramientas digitales tales como pizarras digitales en las que se proyectan elementos/presentaciones interactivas dotarán al alumnado de motivación y, sobre todo, ayudará al alumnado con parálisis cerebral a llevar a cabo su proceso de enseñanza-aprendizaje.
- CPSAA (competencia personal, social y de aprender a aprender): en relación a la competencia en comunicación lingüística, es de gran importancia que el alumnado comience a reconocer, expresar y manejar de manera progresiva sus propias emociones y sentimientos, así como desarrollar actitudes de comprensión y empatía.
- CC (competencia ciudadana): en relación a la anterior competencia, se deberán de propiciar ambientes y climas positivos que favorezcan las relaciones entre sus iguales mediante la empatía, la igualdad y el respeto mutuo entre sus iguales y hacia los demás trabajadores del centro.
- CCEC: para que el alumnado con parálisis cerebral sea capaz de construir y enriquecer su autoconcepto, su identidad y su autoestima, será importante trabajar mediante actividades de carácter artístico-expresivas sus sentimientos y emociones a través de distintos lenguajes y distintas formas artísticas.

3.6. Metodología

Para poder mostrar perseverancia durante esta propuesta de intervención, precisaremos de una evaluación inicial exhaustiva sobre las capacidades, las necesidades, el potencial y las debilidades de cada alumno; incluyendo la evaluación psicopedagógica. Por otra parte, y a consecuencia de la evaluación inicial, deberemos diseñar planes de intervención específicos para cada alumno/a, por lo que deberemos llevar a cabo las actividades planificadas, ajustándolas según la evolución de cada alumno/a. Por último, se precisará de evaluaciones periódicas para poder evaluar el proceso enseñanza-aprendizaje de cada alumno de infantil, siendo necesario ajustar las actividades que se vayan planificando.

Teniendo en cuenta estos ítems, la metodología que se pretende utilizar en esta propuesta de intervención tiene que ser una metodología que sea:

- Motivadora: la motivación juega un papel fundamental para que el alumnado se muestre activo en el proceso enseñanza-aprendizaje.

- Flexible y abierta: se debe dejar que aquello que propongamos tenga otras salidas, es decir, que no debemos encasillarnos en seguir solamente una idea. Nuestro deber será abrir fronteras y ser muy flexibles a la hora de pensar qué actividades trabajar y cómo trabajarlas.
- Integradora: debemos vincular todos aquellos aprendizajes y conocimientos para que el alumnado lo adquiera, y así ir trabajando de manera significativa todos aquellos pequeños procesos de enseñanza-aprendizaje hasta llegar a construir un aprendizaje globalizado.
- Individualizada: tenemos que pensar que el alumnado con parálisis cerebral se muestra como un grupo homogéneo, por lo que cada alumno/a es distinto y precisará de unas herramientas diferentes a la de su compañero/a para la adquisición de conocimientos y/o habilidades.

Por otra parte, no solamente se ha planteado esta propuesta de intervención teniendo en cuenta las áreas establecidas en el currículo de la segunda etapa de educación infantil, sino que contemplaremos los ocho ámbitos de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2007) para poder brindarle al individuo una calidad de vida. Estas, siguiendo a Schalock y Verdugo (2007) son:

- Bienestar emocional: se refiere a la experiencia de felicidad, de tranquilidad, de seguridad, satisfacción y de bienestar emocional. Como menciona Diener (2000), la felicidad y el bienestar son componentes esenciales para la calidad de vida del individuo.
- Relaciones interpersonales: este, engloba las relaciones interpersonales, el apoyo social y la calidad de las interacciones con los demás. De acuerdo con Bowlby (1982) hay que tener en cuenta lo importante que es establecer relaciones seguras y afectivas con los demás.
- Bienestar material: incluye aspectos relacionados con las condiciones económicas, el acceso a recursos y la satisfacción con el nivel de vida. Autores como Bisquerra et al. (2011) destacan la importancia de garantizar la igualdad de oportunidades para evitar emociones negativas y así favorecer el bienestar personal.
- Desarrollo personal: refiere a la posibilidad de poder aprender distintas cosas para poder realizarse personalmente. Autores como Arón y Milicic (1999) destacaron lo importante que era promover el conocimiento y la adquisición de nuevas tecnologías para fomentar las oportunidades de aprendizaje.

- Bienestar físico: hace referencia a la salud física, la capacidad para llevar a cabo actividades diarias y tener hábitos saludables. Según Contreras (2016), la salud es un componente esencial de la calidad de vida y un derecho humano fundamental que integra todos los elementos del sujeto.
- Autodeterminación: se refiere a la capacidad de poder tomar decisiones propias, tener control sobre la propia vida y ejercer la autonomía personal. Autores como Deci y Ryan (2000) investigaron el concepto de autodeterminación como factor clave para el bienestar y la motivación intrínseca.
- Inclusión social: este, abarca la participación activa en la comunidad, participando como uno más en sus actividades mediante la igualdad de oportunidades y la eliminación de barreras para la plena integración. Autores como Chuaqui, Mali y Parraguez (2016) destacaron la importancia de la inclusión social para la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad.
- Derechos: hace referencia a la garantía de los derechos humanos, la igualdad de trato y el respeto en su forma de ser. Siguiendo a Urmeneta (2010), la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU (2006) promueve y protege los derechos de las personas con discapacidad, velando por la igualdad de oportunidades y velando por la igualdad de derechos humanos.

3.7. Temporalización y organización

Es muy importante, en cuanto a la temporalización, que no sea una propuesta de intervención fugaz. Es decir, que aquello que se va a proponer tenga una continuidad y se realice diariamente para que el alumnado de Educación Infantil pueda adquirir unas rutinas y unos hábitos. La temporalización para esta propuesta de intervención se basará en seguir un modelo que permita realizar dichas sesiones cuando todo el alumnado escolarizado acuda al centro, por lo que no se han establecido unos días determinados debido a la falta de información acerca del horario del alumnado.

Por otra parte, también es importante también remarcar que dichas sesiones irán evolucionando o mostrando algunos cambios o variables a medida que el alumnado vaya adquiriendo, conociendo o superando aquellos retos que se le estén proponiendo; con el objetivo de fomentar el proceso enseñanza-aprendizaje.

Tabla 1. Temporalización para las sesiones de la propuesta de intervención

Temporalización		
Sesión	Descripción	Duración
1	Estimulación sensorial	45 minutos
2	Arte	45 minutos
3	Circuito motor	30 minutos
4	Cuentacuentos	30 minutos
5	Ejercicio buco fonatorio	30 minutos
6	Juegos de construcción	45 minutos
7	Las emociones	45 minutos
8	Estimulación multisensorial (Snoezelen)	45 minutos
9	Discriminación auditiva	30 minutos
10	Juego simbólico	35 minutos
11	Excursiones	* en función de la salida
12	Talleres de música	35 minutos
13	Natación	1 hora

Las rutinas, siguiendo a Zabalza (1994) conllevan la puesta en marcha, la adquisición y la asimilación para que el individuo obtenga una percepción sensorial para saber en qué momento del día se encuentra. Por otra parte, debemos tener en cuenta que al alumnado de Educación Infantil del Centro ASPACE de Huesca se le establecen sesiones individuales con el fisioterapeuta, con el logopeda y con el terapeuta ocupacional dentro del aula y en las aulas de cada especialista; por lo que deberemos respetar esos tiempos en los que el alumnado sale de clase para irse con el especialista.

La organización para esta propuesta de intervención debe velar por la eliminación de todas las barreras arquitectónicas que dificulten la movilidad, la postura o la incapacidad para que el alumno/a pueda realizar dicha sesión. Por lo que, a nivel general, para esta propuesta de intervención, se deberá de tener en cuenta estos recursos:

- Recursos personales: agrupación del equipo multidisciplinar con PT, AL, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, auxiliares, logopeda, personal de enfermería, psicólogo y trabajador social. Estos profesionales, deberán realizar periódicamente unas reuniones o

tutorías para poner en común cómo se muestra el alumno/a durante la realización de las sesiones con el especialista.

- Recursos materiales: se precisa de transporte (furgonetas adaptadas), mobiliario (apoya pies, agarradores), material educativo (SAAC, material sensorial) y ayudas técnicas (andadores, teclados), aplicaciones y recursos informáticos (elementos interactivos adaptados a la altura del alumnado) que estén adaptados al usuario con parálisis cerebral.
- Recursos espaciales: el espacio deberá estar acondicionado, eliminando todas aquellas posibles barreras arquitectónicas y adaptando los espacios (rampas, pasamanos, baños con puertas grandes etc.) para que los alumnos/usuarios con parálisis cerebral puedan desplazarse por el Centro educativo sin ninguna dificultad.

3.8. Actividades

Tabla 2. Tabla con cada sesión, un resumen de esta y el material que se necesitará

Sesión	Resumen	Materiales
1) Estimulación sensorial	Realizar un circuito sensorial con materiales de distintas texturas	Arena, agua, arroz, espuma de afeitar, harina, paja, papel burbuja, slime, globos etc.
2) Taller multisensorial de arte	Pintar un cuadro de manera autónoma con distintos materiales	Lienzos, caballetes, pinturas, pinceles, rodillos, esponjas, tarjetas con pictogramas
3) Circuito motor	Realizar un circuito en el que tendrán que superar distintos objetos	Conos, ladrillos, cintas, sillas, picas, pelotas, churros, colchonetas etc.
4) Cuentacuentos	Lectura de cuentos acorde a la edad de los alumnos/as	Libros adaptados con elementos táctiles o libro hablado
5) Ejercicio buco fonatorio	Trabajar las praxias buco fonatorias mediante la casita de la lengua	Pizarra digital con el cuento narrado mediante pictogramas
6) Juegos de construcción	Crear construcciones con los bloques	Bloques de construcción grandes y adaptados de espuma.

7) Las emociones	Conocer las emociones	Tarjetas con pictogramas de las emociones, mural
8) Estimulación multisensorial	Descubrir libremente y de manera autónoma el material que forma parte de la sala multisensorial	Material para la sala Snoezelen (mesas de luces, lámparas, alfombras, difusores de aromas, instrumentos...)
9) Discriminación auditiva	Identificar sonidos y asociarlos con la imagen correspondiente	Tarjetas con pictogramas con distintos dibujos (perro, sirenas de la ambulancia, bostezo, risa, piano etc.)
10) Juego simbólico	Dejar que el alumnado juegue libremente por el aula junto a sus compañeros	Juguetes, accesorios y objetos propios del juego simbólico (cocina, médicos, construcciones, profesiones distintas etc.)
11) Excursiones	Realizar salidas dentro y fuera del centro en función de lo que se quiera trabajar (supermercado, nuestra ciudad, el parque etc.)	Furgonetas/autobuses adaptados, auxiliares y personal del centro
12) Talleres de música	Realizar talleres de musicoterapia	Instrumentos, aula de música
13) Natación	Salida a la piscina municipal más cercana para poder realizar sesiones de natación	Material y ropa para hacer natación, furgonetas o autobuses

Primera sesión: estimulación sensorial

Para esta primera sesión, crearemos un recorrido sensorial hecho con distintos materiales y texturas tales como arroz, algodón, limón, uva, paja, arena, papel burbuja, slime, agua con harina, espuma de afeitar, globos rellenos etc. Para ello, realizaremos dos recorridos distintos: el primero se realizará sin tapar los ojos ni la nariz, por lo que podrán ver, tocar y oler aquel material que esté dentro del circuito. Después, se les tapaná los ojos, por lo que solamente

podrán oler y tocar las distintas texturas. Para terminar, durante este último recorrido, tendrán que decirnos qué creen que han tocado. Dicho material, estará adaptado a la altura del alumnado para que pueda llegar a tocarlo, a olerlo y a verlo para así, facilitar el reconocimiento de los materiales que formarán del recorrido sensorial.

Por otra parte, al ser una propuesta de intervención que queremos que se vaya trabajando a lo largo del año, el objetivo será que el alumnado de Educación Infantil conozca distintas texturas y materiales con el fin de explorar y potenciar el tacto y la vista; por lo que el material/texturas que se utilizarán irán cambiando para que puedan conocer distintos objetos.

Segunda sesión: taller multisensorial de arte

Durante esta segunda sesión, animaremos a que el alumnado de Educación Infantil utilice distintos materiales tales como sus propias manos, esponjas, cepillos y/o rodillos adaptados para que puedan experimentar distintas sensaciones táctiles mientras crean su propia obra artística. En esta sesión, también se irá trabajando distinto vocabulario ([anexo sesión 2, pp. 46-48](#)) tanto de los utensilios que vayan a utilizar como de los colores; por lo que será importante adaptar tarjetas con dicho vocablo.

No obstante, también será importante contar con un soporte digital que permita que el alumnado con deficiencias visuales pueda aprender de manera locutada aquello a lo que nos estamos refiriendo y que, también el alumnado con deficiencias visuales y auditivas pueda reconocer aquel material mediante el tacto y otras texturas. Es muy importante que durante estas sesiones se deje que el alumnado sea el protagonista de su propio proceso de creación, por lo que el objetivo de dicha sesión es potenciar la creatividad del alumnado y estimular su motricidad fina mediante la coordinación óculo-manual.

Tercera sesión: circuito motor

Esta tercera sesión está pensada para diseñar un circuito en el patio o en el aula de motricidad (dependiendo del clima) para que el alumnado practique y potencie sus habilidades motóricas. Este circuito, consistirá en el posicionamiento de distintos objetos que el alumnado deberá superar, pasar, esquivar, mover o atravesar. Dejaremos que el alumnado elija por donde quiere empezar, que intente superar dichos objetos de manera autónoma y que desarrolle distintas habilidades. Cabe destacar que esta sesión la realizará el alumnado de Educación Infantil junto

la tutora del aula, el auxiliar y el fisioterapeuta para que el alumnado, cuando lo requiera, pueda ser ayudado por los profesionales.

Esta sesión adaptará en función de las deficiencias motóricas que presente cada alumnado de Educación Infantil, por lo que si alguno de estos cinco alumnos/as utiliza silla de ruedas o dispositivos manuales auxiliares para caminar (andadores), agrandaremos el espacio y lo acondicionaremos para que se pueda mover por el espacio con ayuda del auxiliar o del fisioterapeuta.

Cuarta sesión: cuentacuentos

Durante la etapa de Educación Infantil, es muy importante fomentar el gusto por la lectura, por lo que esta sesión tiene como objetivo que nazca el interés por la lectura. Durante esta sesión, la tutora del grupo clase realizará la lectura de libros adaptados con elementos táctiles y con sonido para que el alumnado pueda explorar dichos elementos táctiles mientras participan en la escucha de la narración de dicho cuento. Por otra parte, es muy importante hacerles partícipes, por lo que habrá que animarlos para que toquen y manipulen los elementos del cuento, estimulando así el tacto y el oído.

A lo largo de las distintas sesiones de cuentacuentos se podrá dejar que el alumnado/a elija aquel cuento que quiere leer, ojear o tocar para que vayan creando una aproximación más personal con la lectura.

Quinta sesión: la casita de la lengua

Es muy importante que el alumnado de Educación Infantil con parálisis cerebral realice actividades que pongan el acento en trabajar ejercicios buco fonatorios para mejorar el control de los movimientos de la lengua, y así hacerla más precisa y eficaz. Esta quinta sesión, la realizará el especialista en Pedagogía Terapéutica o el especialista de Audición y Lenguaje junto a la maestra-tutora del aula.

El cuento “la casita de la lengua”, consiste en una narración que pone en práctica el trabajar movimientos con la lengua, como, por ejemplo: realizar ejercicios circulares con la boca cerrada, sacar la lengua, doblar la lengua, enroscar la lengua, mover la lengua de una comisura de los labios hasta la otra etc. El cuento, será narrado por el especialista o por la tutora del grupo-clase; no obstante, también lo proyectaremos narrado mediante pictogramas en la pizarra

digital-interactiva, apoyándonos en esta presentación <https://es.slideshare.net/susibel/la-casita-de-la-lengua> (anexo sesión 5, p. 48).

Sexta sesión: juegos de construcción

Esta sesión se llevará a cabo en el aula de motricidad junto al fisioterapeuta y/o el terapeuta ocupacional del centro. Es muy importante que los bloques de construcción sean grandes y estén adaptados (con agarradores o que estén imantados) para que el alumnado los pueda manipular y también intentar apilar. El objetivo de dicha sesión es desarrollar su coordinación óculo-manual, motora y su habilidad y creatividad para crear construcciones. Por otra parte, también será importante que el alumnado aprenda a experimentar distintas formas, tamaños y texturas y que cooperen entre sus iguales para realizar una estructura de manera conjunta; por lo que se tendrá que adaptar dicho material para que todos los alumnos puedan participar en las sesiones de construcción.

A lo largo de las sesiones, se podrán ir haciendo variables, como, por ejemplo: que solo puedan utilizar los bloques de color rojo, que solo puedan utilizar los bloques cuadrados... Por último, también se podrán realizar variables en cuanto a las agrupaciones: podrán realizar sus propias construcciones de manera individual o de manera grupal.

Séptima sesión: las emociones

Es muy importante, durante la etapa de Educación Infantil, trabajar las emociones con el alumnado para que así, puedan expresarse, reconocer e identificar cómo se siente y cómo se sienten sus iguales.

Estas sesiones, consistirán en trabajar las emociones mediante tarjetas de pictogramas o mediante la pizarra digital, la cual contará con un recurso locutado e interactivo con distintas emociones ([anexo sesión 7, p. 49](#)). Durante las sesiones en las que se trabajen las emociones, se realizarán unos talleres de teatralidad para expresar las emociones que la tutora, junto a la ayuda del logopeda, dictarán. A la vez que vayan identificando las emociones que se les presenten, cogerán, verbalizarán y/o señalarán qué pictograma se relaciona con dicha emoción con el fin de crear un mural (anexo sesión 7, p. 49) que trate sobre las emociones. Otra opción que se puede barajar es, que, junto a la ayuda de las familias, a cada alumno/a se le atribuya una emoción, se le haga una foto expresando dicha emoción y se realice el mural de una manera

más ‘personal’ con el alumnado de Educación Infantil. No obstante, durante la realización de las siguientes sesiones, se podrá ir ampliando el abanico de vocabulario que queremos que el alumnado aprenda, sepa reconocer o sepa verbalizar.

Octava sesión: estimulación multisensorial

Para esta octava sesión, necesitaremos acondicionar un espacio/aula que sea interactiva para estimular los sentidos, sobre todo la vista y el tacto. No obstante, en esta sala también se podrá encontrar material para estimular el olfato, el gusto y el oído, ya que se pretende que esta sala garantice una estimulación multisensorial de los cinco sentidos. Durante estas sesiones, se intentará que el profesorado y otros profesionales del centro intervengan muy poco, ya que es importante dejar que el alumnado sea autónomo y sea capaz de decidir por sí mismo qué quiere ir a tocar, oler, ver etc. No obstante, también es muy importante señalar muy bien los espacios de paso para moverse por la sala, dejando espacios para las sillas de ruedas u otros apoyos físicos para poder desplazarse.

El espacio se acondicionará con distintos materiales, tales como tubos de burbuja que cambian de color, mesa de luces, linternas, lámparas de fibra óptica, pinturas fluorescentes, cajas con texturas, difusores de aromas u otros materiales que desprendan olor, piscina de bolas fluorescentes etc.

Novena sesión: discriminación auditiva

Esta novena sesión se basa en trabajar la discriminación de distintos sonidos que sean cotidianos para el alumnado de Educación Infantil. Para ello, a medida que avance el tiempo se irán trabajando los sonidos poco a poco, para que, en las sesiones de discriminación auditiva, una vez se reproduzcan en el ordenador distintos sonidos de animales, instrumentos musicales y acciones del ser humano (bostezo, risa, llanto), el alumnado deberá identificarlos y asociarlos con la imagen ([anexo sesión 9, pp. 50-51](#)) correspondiente al sonido mediante tarjetas con pictogramas o verbalizándolo. Es importante que, de cara a siguientes sesiones se pretenderá trabajar lo mismo, pero relacionando aquellos sonidos con el proyecto que estén trabajando.

Al trabajar la discriminación auditiva, lo que se pretende es estimular dicha discriminación y también, trabajar la asociación sonido-objeto con el fin de familiarizarse con dicho sonido del objeto al que le pertenece.

Décima sesión: juego simbólico

El juego simbólico juega un papel fundamental en la etapa de Educación Infantil debido a que potencia la imaginación, la creatividad y la percepción del mundo a través de la simbolización.

El objetivo durante esta sesión es que la tutora del aula, junto al auxiliar, no tengan que intervenir en la sesión; por lo que se debe de dejar que el alumnado juegue libremente en el aula. Será muy importante que el alumnado participe en los distintos roles que se le presenten, potenciando así sus habilidades sociales, comunicativas e imaginativas.

Undécima sesión: excursiones

Es muy importante poder realizar excursiones/salidas en el centro junto a los compañeros/as del grupo-clase e incluso junto a todo el centro. Las excursiones nos permitirán motivar al alumnado durante su proceso de enseñanza-aprendizaje, por lo que se deberá pensar en sitios que les guste pero que a la vez tengan una intención (las tiendas, la ciudad de Huesca, la granja, el huerto, la fábrica etc.).

Duodécima sesión: talleres musicales

La música para cualquier ser humano goza de una gran importancia a lo largo de toda su vida. La musicoterapia ayudará al alumnado con parálisis cerebral a promover la comunicación, la motivación, el aprendizaje y la expresión a través de la música y de sus elementos. Mediante los instrumentos, podremos trabajar la percepción táctil, visual y auditiva para invitar al alumnado a participar, a mejorar de su confianza, expresar sus emociones etc. También, ayudará al desarrollo del lenguaje mediante ejercicios buco fonatorios y al desarrollo de los músculos bucales mediante la práctica de canciones o de ejercicios vocales.

Decimotercera sesión: natación

La natación es un deporte muy importante para favorecer la movilidad de las articulaciones y la capacidad física del alumnado con parálisis cerebral. De acuerdo con Arias (2016), la natación permite el desarrollo del tono muscular, el conocimiento del propio cuerpo o el desarrollo de la postura de la persona. Durante estas sesiones, se precisará de un

fisioterapeuta/auxiliar/monitor de natación por niño/a para que se pueda llevar la sesión con mayor éxito, ayudando al alumnado a realizar aquel trabajo que se pretende.

3.9. Evaluación

El objetivo de este apartado es describir el modo en el que se evaluará al alumnado de Educación Infantil del Centro ASPACE de Huesca durante la realización de la propuesta de intervención pensada.

En un primer momento, precisaremos de una evaluación inicial en la que se determinarán las capacidades, las fortalezas, las debilidades y las necesidades de cada alumno/a para poder ajustarnos a la respuesta que precise. En dicha evaluación inicial, se evaluarán ítems relacionados con el desplazamiento, el control postural, la destreza de manos y brazos, la deglución y control de esfínteres etc. Por otra parte, en cuanto a comunicación se valorarán ítems relacionados con las características del habla, el uso de SAAC o la necesidad de corrección logopédica. En cuanto al ámbito socioafectivo, se valorará su relación con sus iguales, su autoconcepto y su motivación.

Tabla 3. Rúbricas para la evaluación inicial del alumnado

Desplazamiento y control postural						
Ítem	1	2	3	4	5	6
Precisa de ayuda ortopédica para poder desplazarse						
Precisa de ayuda ortopédica para poder sentarse						
Presenta movimientos involuntarios cuando está en reposo						
Controla totalmente la cabeza						
Controla totalmente el tronco						
Observaciones:						
Destreza en manos y brazos						
Ítem	1	2	3	4	5	6
Mueve los brazos solo						

Puede realizar movimientos horizontales, verticales o circulares con ambos brazos						
Gira la muñeca de uno o de los dos brazos						
Puede presionar con los dedos						
Puede dirigir el dedo hacia un punto (teclado)						
Puede agarrar algunos objetos						
Puede modelar la plastilina						
Es capaz de agarrar el lápiz						
Es capaz de escribir (escritura legible)						
Escribe solamente letras						
Escribe, pero la escritura se entiende con dificultad						
Observaciones:						
Deglución						
Ítem	1	2	3	4	5	6
Puede cerrar y abrir la boca queriendo						
Deglute la saliva						
Es incapaz de deglutir la saliva						
Tiene dificultad para deglutir algunos alimentos						
Es capaz de comer todo tipo de alimentos						
Necesita entrenamiento para la deglución						
Observaciones:						
Control de esfínteres						
Ítem	1	2	3	4	5	6
Es capaz de controlar los esfínteres						
Puede controlar los esfínteres, aunque algunas veces puede ocurrir algún descontrol						
Precisa de sonda						
Precisa de pañal						

Comunicación						
Ítem	1	2	3	4	5	6
Posee un habla inteligible						
El habla es solamente comprendida por la familia						
No posee habilidades comunicativas						
Evita comunicarse						
Observaciones:						
SAAC (sistemas aumentativos y alternativos de comunicación)						
Ítems	1	2	3	4	5	6
Se expresa mediante un SAAC estándar						
Realiza las tareas mediante SAAC						
Necesita un dispositivo o aparato para comunicarse						
Necesita utilizar programas de ordenador locutados						
Observaciones:						
Corrección logopédica						
Ítem	1	2	3	4	5	6
Muestra temblor en el habla						
Muestra nasalidad						
Presenta alteraciones en el ritmo de la palabra						
Tiene consonantes imprecisas						
Tiene vocales imprecisas						
Manifiesta otras alteraciones en el lenguaje						
Observaciones:						
Relación con sus iguales						
Ítem	1	2	3	4	5	6
Juega con sus compañeros/as						

Se muestra participativo en las actividades grupales						
Busca establecer relaciones afectivas con sus iguales						
Observaciones:						
Autoconcepto y motivación						
Ítem	1	2	3	4	5	6
Tiene confianza en sí mismo						
Es consciente de sus limitaciones						
Es consciente de sus fortalezas						
Muestra interés en aquello que se le propone						
Es participativo en las actividades						
No es participativo en las actividades						
Rechaza algunas actividades						
Observaciones:						

Como se ha nombrado anteriormente, se realizarán evaluaciones periódicas para evaluar el proceso enseñanza-aprendizaje del alumnado con parálisis cerebral de Educación Infantil. Estas evaluaciones periódicas, serán muy importantes ya que nos permitirán ajustar sesiones y actividades futuras para que el alumnado pueda adquirir aquellos conocimientos, habilidades y estrategias que se pretenden para la etapa de Educación Infantil.

Por otra parte, al trabajar con alumnado con parálisis cerebral será importante la eliminación de unos contenidos frente a otros, es decir, tendremos que darle más importancia a aquellos contenidos o criterios de progreso que se refieran a la autonomía, al interés, a la motivación, a la movilidad etc... por lo que se deberán de pensar alternativas a la evaluación de contenidos curriculares ordinarios. De este modo, la evaluación que tendrá mayor peso en esta propuesta de intervención será la observación directa, por lo que aquellos docentes y especialistas que intervengan en dichas sesiones tendrán que observar al alumnado durante la realización de las actividades, registrando así sus respuestas, sus fortalezas y sus debilidades, comparando y contrastado la información con los demás profesionales que intervienen en su proceso de

enseñanza-aprendizaje para poder ajustar y dar una mejor respuesta que se adapte a las capacidades personales de cada alumno/a.

4. CONCLUSIONES

El presente trabajo me ha servido para comprender mejor qué es la parálisis cerebral, cuáles son sus causas, qué factores suelen acompañar a este trastorno y en qué momento puede aparecer. No obstante, ha sido muy difícil poder encontrar información sobre el tema, debido a que la definición de parálisis cerebral, a día de hoy aún no se ha consensuado, por lo que no se puede encauzar el concepto de parálisis cerebral hacia un solo camino. Por otro lado, me hubiera gustado poder encontrar más información sobre la parálisis relacionada con la educación, ya que casi todos los documentos que he consultado para la realización del presente trabajo forman parte de revistas de medicina o de psiquiatría.

Del mismo modo, he aprendido que las limitaciones, las deficiencias y las dificultades de cada niño/a con parálisis cerebral son distintas en cada usuario, por lo que cada persona con parálisis cerebral es un mundo y, por lo tanto, no se le pueden dar respuestas generalizadas y globales. Es por eso, por lo que el hecho de haber estudiado sobre la parálisis cerebral ha dado paso a crear una propuesta de intervención pensada para llevar a cabo en el alumnado de Educación Infantil del Centro ASPACE de Huesca. Creo que las sesiones que se han planteado son sesiones que se pueden modificar y se pueden realizar a lo largo de toda la etapa de Educación Infantil debido a que estas pueden adaptarse en función a las necesidades de cada alumno/a.

No obstante, he tenido una dificultad enorme para poder pensar en una intervención individualizada para cada alumno del grupo-clase, ya que desde el centro no pudieron darme información de cada alumno por confidencialidad, por lo que se me ha hecho un proceso de elaboración muy larga. Aún así, la directora del Centro ASPACE de Huesca, me ayudó en todo aquello que pudo, por lo que estoy contenta con el resultado.

Para terminar, creo que es muy importante que se hagan avances en el estudio de la parálisis cerebral infantil para así, poder comprenderla mejor, saber qué necesidades pueden presentar y saber qué respuestas se le puede brindar a este grupo de alumnos/as.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamolekun, B. (2022). Trastornos convulsivos. *Manual (DSM). University of Tennessee Health Science Center*. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/trastornos-convulsivos/trastornos-convulsivos>
- American Psychiatric Association (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV).
- American Psychiatric Association (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V).
- Arias, C (2016). Natación con parálisis cerebral. Swimming with brain palsy. *Revista Digital. Buenos Aires, 214*. Recuperado de <https://www.efdeportes.com/efd214/natacion-con-paralisis-cerebral.htm>
- Arón, A.M. y Milicic, N. (1999). Clima social escolar y desarrollo personal. *Un programa de mejoramiento. Santiago: Editorial Andrés Bello*, 117-123. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12365/17414>
- Badía, M. (2007). Tendencias actuales de investigación ante el nuevo concepto de parálisis cerebral. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38 (3), 25-38. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11181/3163>
- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B., Jacobsson, B., Damiano, D. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47 (8), 571-576. doi: 10.1017/s001216220500112x
- Bisquerra, R., Bisquerra, A., Cabero, M., Filella, G., García, E., López, E., Moreno, C., Oriol, X. (Coords.). (2011). Educación emocional. Propuestas para educadores y familias. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2011.

- Calzada, C. y Vidal C.A. (2014). Parálisis cerebral infantil: definición y clasificación a través de la historia. *Revista Mexicana Ortopedia Pediátrica*, 16 (1), 6-10. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/opediatria/op-2014/op141b.pdf>
- Carr, J. (2005), Definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47 (8), 508-508. doi: 10.1111/j.1469-8749.2005.tb01183.x
- Chuaqui, J., Mally, D., y Parraguez, R. (2016). El concepto de inclusión social. *Revista De Ciencias Sociales*, (69). doi: 10.22370/rcs.2017.69.927
- Denhoff, E (1952). Pediatría: Parálisis cerebral. *Anales de medicina y cirugía*, 32 (85), 53-65. Recuperado de <https://raco.cat/index.php/AnalesMedicina/article/view/179198/254441>
- Eliasson, A.C., Krumlind-Sundholm, L., Rösblad, B., Beckung, E., Arner, M., Öhrvall, A.M. y Rosenbaum, P. (2007). The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48 (7): 549-554. doi: 10.1111/j.1469-8749.2006.tb01313.x
- García, A., Arriola, G., Machado, I.S., Pascual, I., Garriz, M., García, A., Paredes, C., Aguilera, S., Peña, J.L. (2022). Parálisis cerebral. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos pediátricos*. 1: 103-114. Recuperado de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11.pdf>
- Gómez, S., Hugo, V., Palencia, C.M., Hernández, M., y Guerrero, A. (2013). Parálisis cerebral infantil. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 76 (1), 30-39. Recuperado de <http://ve.scielo.org/pdf/avpp/v76n1/art08.pdf>
- Lenis, S.I. (2006). Cuidados del niño con parálisis cerebral. *Entramado*, 2 (2), 82-87. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2654/265420383008.pdf>
- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE). <https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3>

- Madrigal, A (2004). La parálisis cerebral. *Observatorio de la Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales*. Recuperado de https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO8993/paralisis_cerebral.pdf
- Montero, P. (2003). Sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC) y accesibilidad: Bases teóricas de los SAAC. *Puertas a la lectura*, (4), 129-136. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6023011>
- Moreno, J.M., Montero, P.J., y García-Baamonde, M.E. (2004). Intervención educativa en la parálisis cerebral: actividades para la mejora de la expresión oral. *Junta de Extremadura. Consejería de Educación, Ciencia y Tecnología. Secretaría General de Educación*; Mérida. Recuperado de <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/30522/009200420039.pdf?sequence=1>
- ORDEN ECD/853/2022, de 13 de junio, por la que se aprueban el currículo y las características de la evaluación de la Educación Infantil y se autoriza su aplicación en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón. <https://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1226745223535&type=pdf>
- ORDEN ECD/1005/2018, de 7 de junio, por la que se regulan las actuaciones de intervención educativa inclusiva. <https://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1025979463939>
- Padilla, A. (1960). Tratamiento de los trastornos de la conducta y de la epilepsia en la parálisis cerebral infantil. *Revista chilena de pediatría*, 31 (9). doi: 10.4067/s0370-41061960000900005
- Palisano, R., Rosenbaum P., Walter, S., Bartlett D., Livingstone M. (2007). GMFCS- E&R. Gross Motor Function Classification System. *Childhood Disability Research*, 1-8. Recuperado de https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/079/original/GMFCS-ER_Translation-Spanish.pdf

- Pérez, M.E. (s.f.). Aspectos evolutivos e intervención educativa de la deficiencia motórica. *Universidad Camilo José Cela*. Recuperado el 28 de marzo de 2023 de <https://www.magister.es/grado/materiales5/Grado%20Semi%20Presencial/1%C2%A A%20Sesi%C3%B3n/Menciones/Pedagog%C3%ADa%20Terap%C3%A9utica/Mot %C3%B3ricos/DEFICIENCIAS%20MOTORICAS%20%204.pdf>
- Póo, P. (2008). Parálisis cerebral infantil. *Hospital Sant Joan de Dèu*, 36 (1), 271-277. Recuperado de <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/escalas/aep/36-pci.pdf>
- Puyuelo, M. y Arriba, J.A. (2000). *Parálisis cerebral infantil: aspectos comunicativos y psicopedagógicos*. Archidona (Málaga): Aljibe.
- Real Decreto 95/2022, de 1 de febrero, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Infantil. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2022/02/01/95/con>
- Robaina G.R., Riesgo S., Robaina, M.S. (2007). Definición y clasificación de la parálisis cerebral: ¿un problema ya resuelto? *Revista de Neurología*, 45 (2), 110-117. doi: 10.33588/rn.4502.2006595
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M y Bax, M., (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49, 8-14. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x
- Ruiz M de las M. y Cuestas E (2019). La construcción de la definición parálisis cerebral: un recorrido histórico hasta la actualidad. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 76 (2), 113-116. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v76.n2.23649>
- Ryan, R., y Deci, E. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American psychologist*, 55 (1), 68-78. Recuperado de http://www.davidtrotzig.com/uploads/articulos/2000_ryandeci_spanishampsysh.pdf
- Sáa, K., Benaprés, M. D. L. Á., A., Varela, X. (2014). Parálisis cerebral. *Revista Pediatría Electrónica*, 11 (2), 54-70. Recuperado de https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2014/vol11num2/pdf/PARALISIS_CEREBRAL.pdf

- Sánchez, J., y Llorca, M. (2004). *Atención educativa al alumnado con parálisis cerebral*. Archidona (Málaga): Aljibe, 2004.
- Sierra, M^aT. (1994). Dificultades motrices. En S. Molina (Dir): *Bases psicopedagógicas de la Educación Especial*. Marfil. Alcoy.
- Urmeneta, X. (2010). Discapacidad y derechos humanos. *Norte de salud mental*, 8 (38), 65-74. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830148>
- Valenzuela, L.M. (2016). La salud, desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*, 9 (9), 50-59. Recuperado de <http://www.revistasiuacj.edu.uy/index.php/rev1/article/view/103>
- Verdugo, M.A. y Schalock, R. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38 (4), 21-36. Recuperado de https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/224_articulos2.pdf
- Xhardez, Y. (1992). *Vademécum de kinesioterapia y de reducción funcional*. El Ateneo. Buenos Aires.
- Zabalza, M.A. (1994). *Didáctica de la Educación Infantil*, Narcea; Madrid.

6. ANEXOS

6.1. Anexo I

En el anexo I, se muestran la presentación que se ha creado por elaboración propia para la sesión 2 (<https://view.genial.ly/6471cf946718c10019fa968f/interactive-content-sesion-2>).



Figura 1. Portada de la presentación locutada para la sesión 2



Figura 2. Página color blanco con locución.

Figura 3. Página color amarillo con locución.

Figura 4. Página color naranja con locución.

Figura 5. Página color rojo con locución.



Figura 6. Página color rosa con locución.

Figura 7. Página color morado con locución.

Figura 8. Página color azul con locución.

Figura 9. Página color verde con locución.

MARRÓN



« ESCUCHAR

Figura 10. Página color marrón con locución.

NEGRO



« ESCUCHAR

Figura 11. Página color negro con locución.



Figura 12. Portada locutada para aprender vocabulario en el taller de arte



PINTOR

« ESCUCHAR



PINTORA

« ESCUCHAR

Figura 13. Vocabulario locutado: pintor y pintora

ACUARELAS

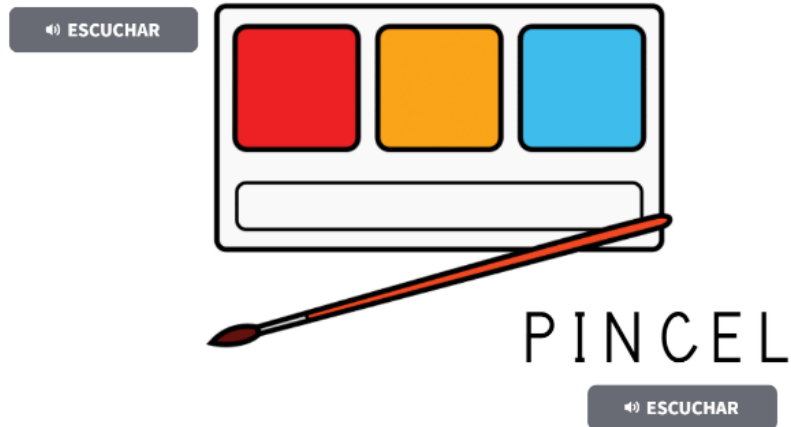


Figura 14. Vocabulario locutado: acuarelas y pincel



Figura 15. Vocabulario locutado: rodillo y esponja

6.2. Anexo II

En este anexo, se puede encontrar el enlace a la presentación del cuento ‘‘la casita de la lengua’’: <https://es.slideshare.net/susibel/la-casita-de-la-lengua>. Dicho enlace, servirá para realizar la quinta sesión.

6.3. Anexo III

Este tercer anexo, realizado por elaboración propia, presenta las dispositivos de la presentación interactiva y locutada para trabajar las emociones en la séptima sesión (<https://view.genial.ly/6471ddd6e10a430018af82f5/interactive-content-sesion-7>).



Figura 16. Portada de la presentación locutada para la sesión 7



Figura 17. Alegría

Figura 18. Tristeza

Figura 19. Enfado



Figura 20. Tranquilo

Figura 21. Enamorado

Figura 22. Asustado

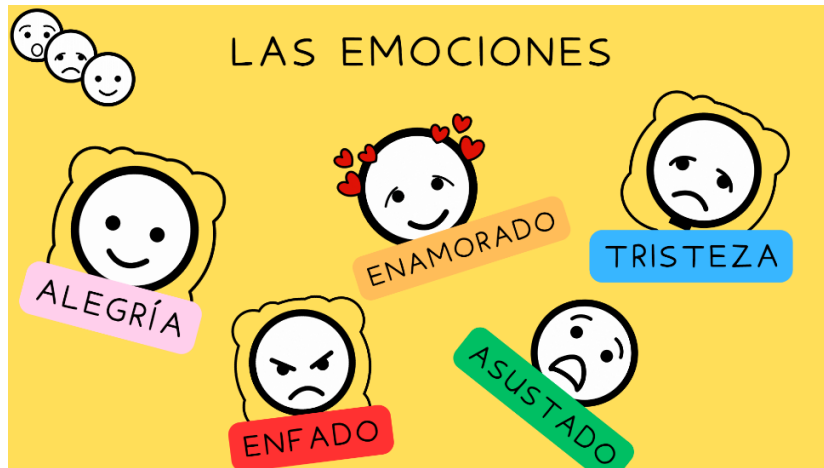


Figura 23. Idea de mural de las emociones

6.4. Anexo IV

Para la realización de la novena sesión, se ha realizado por elaboración propia una presentación interactiva y locutada para trabajar la discriminación auditiva (<https://view.genial.ly/6471e0e43f435f00115b228c/interactive-content-sonidos-sesion-9>).



Figura 24. Portada para la presentación de la sesión 9



Figura 25. Elemento interactivo con sonido



Figura 26. Pictograma del sonido correspondiente



Figura 27. Elemento interactivo con sonido

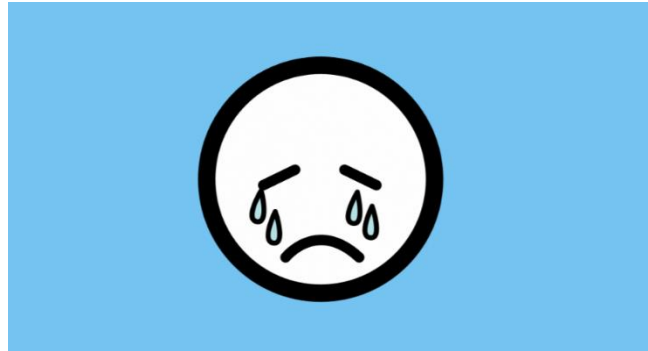


Figura 28. Pictograma del sonido correspondiente



Figura 29. Elemento interactivo con sonido



Figura 30. Pictograma del sonido correspondiente



Figura 31. Elemento interactivo con sonido

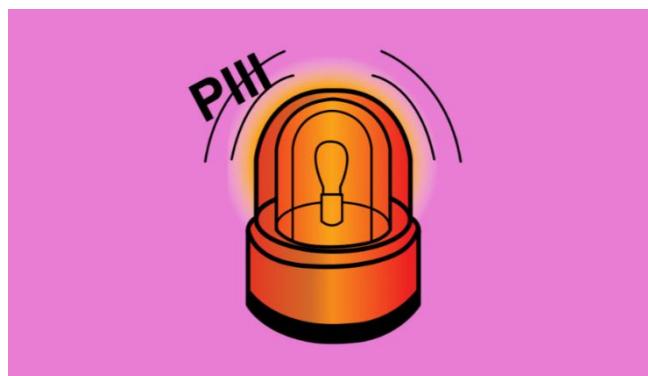


Figura 32. Pictograma del sonido correspondiente



Figura 33. Elemento interactivo con sonido

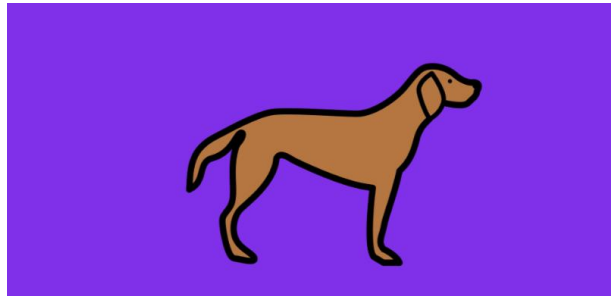


Figura 32. Pictograma del sonido correspondiente