

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Unan- Managua

Recinto Universitario "Rubén Darío"

Facultad De Educación E Idiomas

Departamento De Pedagogía.



Seminario de Graduación para optar al título de Licenciado en Pedagogía con mención en Educación Especial.

Tema:

Importancia del involucramiento de los padres de familia en el proceso de educación temprana en una niña de 3 años con discapacidad múltiple de la escuela especial Roberto José Sequeira del municipio de San Marcos departamento de Carazo de Managua en el periodo Septiembre-Noviembre del 2016.

Autoras:

Br. Carla Joksán Vásquez Bravo.

Br. Miurely Yaremy Molina Morales.

Tutora: Msc. Luisa Amanda Gadea.

Managua, Diciembre 2016



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

UNAN-Managua

Recinto Universitario "Rubén Darío"

"INICIO DE LA AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL"



Tel.N°.2786764 Ext 152

Apartado Postal 663

CARTA AVAL

La suscrita tutora del Seminario de Graduación, de la Carrera de Pedagogía con mención en Educación Especial de la Facultad de Educación e Idiomas, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Por este medio hace constar que el Seminario de Graduación, Titulado: **Importancia del involucramiento de los padres de familia en el proceso de educación temprana en una niña de 3 años con discapacidad múltiple de la escuela especial Roberto José Sequeira ubicado en el municipio de San Marcos, departamento de Carazo de Managua en el periodo Septiembre-Noviembre del 2016.**

Bra:Carla Joksan Vásquez Bravo.

Bra. MiurelYaremy Molina Morales.

Cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y científicos de la Investigación Educativa y la Normativa orientada por el departamento de Pedagogía. Por tanto, está apto para ser defendido.

En calidad de docente tutora, extendiendo la presente Carta Aval a los dieciséis días del mes de Diciembre del año dos mil dieciséis.

Atentamente

MSc. Luisa Amanda Amanda Gadea M.

Docente Tutora

¡ A La Libertad por la Universidad!

INDICE

RESUMEN.....	
I. INTRODUCCION.....	1
II - FOCO DE INVESTIGACIÓN:	4
III - ANTECEDENTES	5
IV - JUSTIFICACION	7
V - PROPÓSITOS DE INVESTIGACIÓN.....	8
VI I- CUESTIONES DE INVESTIGACIÓN	9
VI I- PERSPECTIVA TEÓRICA.....	10
CONCEPTOS.....	10
7.1 DISCAPACIDAD MULTIPLE	10
7.2 NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD MULTIPLE.....	10
7.3 COMPRENDIENDO LA DISCAPACIDAD VISUAL Y LA DISCAPACIDAD MULTIPLE.....	11
8. DEFICIENCIA VISUAL.....	11
8.1 AMBIENTE Y FAMILIA	13
9. PARALISIS CEREBRAL (origen y concepto).....	14
9.2 CARACTERISTICAS.....	16
9.3 DESARROLLO MOTRIZ DE UN NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL.....	17
9.4 CAUSAS.....	17
9.5 CLASIFICACION DE PARALISIS CEREBRAL	18
9.6 SEGÚN LA TOPOGRAFÍA CORPORAL	19
9.7 SEGÚN EL TONO MUSCULAR.....	19
9.8 OTROS TRASTORNOS MÉDICOS ASOCIADOS O NO.....	20
9.9 PREVENCIÓN.....	20
9.10 DIAGNOSTICO DE LA PARALISIS CEREBRAL	21
9.11 INTERVENCION	22
9.12 IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION TEMPRANA EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL...	23
10. EDUCACION TEMPRANA	24
10.1 MISION	24
10.2 VISION	24

10.3 MARCO LEGAL	24
10.4 METODOLOGIA DE ATENCION EN EL PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA	25
10.5 IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LAS FAMILIAS	28
VIII - MATRIZ DE DESCRIPTORES.....	30
IX. PERSPECTIVA DE INVESTIGACIÓN	31
X - ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	34
XI - CONCLUSIONES	37
XII - RECOMENDACIONES.....	39
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	41
XIV. ANEXOS.....	43

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a Dios sobre todas las cosas a nuestros amigos quienes fueron un gran apoyo emocional durante el tiempo que realizábamos el trabajo.

A mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarnos, aun sin importar que muchas veces no poníamos atención en clase, a ellos que continuaron depositando su esperanza en nosotros.

A nuestra niña objeto de estudio, la cual nos motivo a seguir adelante en cada momento, a su familia, quien con su tiempo y dedicación nos abrieron las puertas de su casa para realizar nuestra investigación.

Para ellos es esta dedicatoria de tesis, pues es a ellos a quienes se las debo por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios.

Por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad, amor y misericordia.

A nuestros padres.

*Por habernos apoyado en todo momento por sus consejos,
Por los ejemplos de perseverancia y constancia que siempre nos han infundado, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.*

A nuestros hijos.

Por la motivación constante que nos ha permitido ser personas de bien y personas esforzadas, por ellos, pero más que nada, por su amor, por habernos apoyado en todo momento con solo el hecho de simplemente estar ahí.

A nuestros maestros y tutores.

¡A ellos!, que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, que nos ayudaron en asesorías, y dudas presentadas en la elaboración de la tesis, especialmente a nuestra tutora Luisa Amanda Gadea y maestros que validaron nuestros instrumentos el profesor Raúl Carrión, profesora Miriam Moreira y al profesor Francisco Javier Castillo, a ellos que siempre estuvieron ahí para nosotros, infinitas gracias.

RESUMEN.

El nivel de desarrollo de los niños con discapacidad es una tarea básica y prioritaria. No obstante, también es una misión compleja ya que dentro de cada grupo de discapacidades existen grandes diferencias en cuanto a la gravedad y naturaleza de las mismas, afirma (Linares, 1993)

Por lo antes mencionado el Ministerio de Educación a través del Plan Nacional Estratégico de Educación 2011-2015 asume como compromiso el mejoramiento y la ampliación de la Educación Temprana y la Educación inicial, enfatizando en la visualización y atención educativa directa a la población más vulnerable del país, entre ellos, la niñez con discapacidad. En este contexto la Dirección de Educación Especial del Ministerio de Educación oferta a la población nicaragüense el programa de “Educación Temprana” en las escuelas de educación especial como programa no formal con enfoque comunitario.

Para finalizar este documento contiene definiciones del tema de estudio y otros conceptos de interés, la estructura organizativa del programa de educación temprana, las normas y funcionamiento dirigidas a los directores, subdirectores y maestros para favorecer la inclusión educativa y social en sus estudiantes con discapacidad y de alto riesgo menores de 6 años en el marco de una educación mas inclusiva que beneficie a los más pobres y los más vulnerables. Actualmente podemos observar que el problema de aprendizajes son temas cada vez más difíciles y que cada caso es tan distinto de otro es por esto que es importante destacar que todos los estudiantes precisan a lo largo de su vida estudiantil diverso apoyo pedagógico de tipo personalizado, técnico o material, con el objetivo de asegurar una inclusión educativa de calidad.

Palabras Claves: Discapacidad múltiple, Educación temprana, padre de familia, atención educativa.

I. INTRODUCCION

La discapacidad múltiple se caracteriza por la presencia de distintas discapacidades en diferentes grados y combinaciones, pueden tener un rango variable dependiendo de la edad así como de la combinación y severidad de sus discapacidades. Un niño con discapacidad múltiple es aquel quien adiciona una discapacidad primaria, como puede ser un trastorno motor, presenta otras de tipo sensorial, mental y /o síndromes convulsivos de difícil manejo.

En Nicaragua el 2.5 por ciento de la población tiene alguna discapacidad, es por esta razón que nuestro gobierno de reconciliación y unidad nacional da respuesta a través del programa de educación temprana, dicho programa consiste en proporcionar al niño las mejores oportunidades en el desarrollo cognitivo - motriz en las áreas de autonomía, comunicación y socialización. Se incluyen un conjunto de actividades que pueden ser aplicadas desde el nacimiento hasta los 6 ó 7 años del niño, puesto que en este tiempo existe una mayor plasticidad cerebral según los expertos. Expresa (Canépa, 2007)

El programa de educación temprana está adscrito a la escuela de educación especial bajo el seguimiento y asesoría directa de la delegación de la escuela y de los equipos técnicos de las delegaciones municipales y departamentales, así como del equipo técnico nacional de las direcciones de preescolar y educación especial.

En la escuela especial Roberto José Sequeira que se encuentra ubicado en el municipio de San Marcos, departamento de Carazo, encontramos el caso de una niña de tres años de edad, la cual es atendida por el programa de educación temprana, como se menciona anteriormente en dicho programa se pretende preparar a los y las niñas para lograr una mejor inserción a la etapa de educación inicial.

Las orientadoras educativas, trabajan en el programa de educación temprana cinco horas diarias de atención individualizada con los niños y niñas con discapacidad en su núcleo familiar o comunitario y luego los padres de familia

deben presentarse al CET (Centro de Educación Temprana) todos los jueves de cada semana.

En referencia a la niña que es atendida en el programa, cabe destacar que a los 15 días de nacida sufrió una caída en la cual se propino un fuerte golpe en la cabeza, producto del mismo ostentó un desprendimiento de córnea, provocándole así una deficiencia visual, a sus 13 años se tiene previsto por los especialistas una cirugía en la que podría recuperar hasta un 95% de su visión. También presentó un cuadro convulsivo que no fue atendido en su momento, por desconocimiento y temor de la madre, fue hasta 24 horas después, que el papá médico especialista en pediatría, la llevo al hospital, ahí se le realizo un encefalograma en el que se reflejó lo siguiente: Anormal en sueño por disfunción sensorial generalizada de predominio izquierdo, edema cerebral y datos de hipertensión endocránea, a la niña la tienen que “dopar “asegura el papa para que esta pueda dormir de lo contrario no sería posible.

En la actualidad el diagnostico emitido por el neurólogo es: Parálisis cerebral y deficiencia visual ostentando así una discapacidad múltiple, es por estas razones que la niña se atiende en el programa antes mencionado, aquí se trabaja con ella a través de ejercicios de estimulación temprana los cuales son primeramente realizados por la docente orientadora que está en el programa y tiene su plan de acción preparado para cada encuentro, luego les muestra a los padres de familia como deben realizarlos puesto que ella llega a visitarlos una vez al mes, entonces es ahí en donde radica la importancia del involucramiento de los padres de familia en el proceso porque son ellos los encargados del seguimiento en casa, de no ser así la niña nunca lograría mejorar. El no involucramiento de algún miembro de la familia o encargado de la niña, puede provocar un estancamiento en el desarrollo evolutivo de la niña, el cual por su condición requiere de mucha estimulación sensorial.

Una problemática que se presenta frecuentemente dentro del trabajo de estimulación temprana es que los padres de familia; debido a diferentes causas, se desmotivan, trayendo como consecuencia el suspender su asistencia a los servicios, algunas de estas causas pueden ser: lejanía, falta de participación activa de los servicios, problemas familiares, falta de vinculación entre las actividades realizadas en el servicio con las actividades de la vida diaria.

De lo antes descrito nos surge la siguiente interrogante.

¿Cuál es la importancia del involucramiento de los padres de familia en el proceso de educación temprana en una niña de 3 años con discapacidad múltiple de la escuela especial Roberto José Sequeira ubicado en el municipio de San Marcos, departamento de Carazo de Managua en el periodo Septiembre-Noviembre del 2016?

II - FOCO DE INVESTIGACIÓN: *Importancia del involucramiento de los padres de familia en el proceso de educación temprana en una niña de 3 años con discapacidad múltiple de la escuela especial Roberto José Sequeira ubicado en el municipio de San Marcos, departamento de Carazo de Managua en el periodo Septiembre-Noviembre del 2016*

III - ANTECEDENTES

En la indagación sobre investigaciones relacionadas con esta temática encontramos la Importancia de la estimulación temprana en niños y niñas con multidiscapacidad inicial, Expresa, (E, 2015)

Otras documentaciones de importancia destacan que el evaluador debe interactuar en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve una persona con discapacidad múltiple, debe ser observador, recabar información de la familia, de la escuela, de la comunidad y llevar un registro de anotaciones con todas las respuestas que se presenten, incluso aquellas que puedan parecer insignificantes. El objetivo primordial es identificar la situación actual del estudiante frente a las demandas de su medio, la utilización de sus órganos de los sentidos, la manera en que se comunica, el estado en que se encuentra su motricidad y aquello que conoce. Argumenta (Vasquez, 2011)

En el Centro de Documentación (CEDOC) respectivamente de la UNAN-Managua no se encontró ninguna investigación de esta índole siendo así este el primer trabajo que hable sobre discapacidad múltiple. Sin embargo encontramos otros que nos sirvieron como guía para corroborar la parte de las estrategias metodológicas que aplican los docentes, entre estos los siguientes:

Tema de investigación: Estrategias metodológicas que utiliza la docente con dos niños que presentan déficit de atención del quinto grado del centro escolar "Pablo Antonio Cuadra" Managua, en el segundo semestre, 2012 Expresan. (Maritza, 2012)

A continuación detallamos un poco del antecedente del programa de educación temprana que se está llevando a cabo en nuestro país Nicaragua. El programa de fortalecimiento de la educación especial y de la integración educativa establece que los centros de atención múltiple tiene la responsabilidad de escolarizar a aquellos alumnos y alumnas que presentan necesidades educativas especiales asociadas con discapacidad múltiple satisfaciendo sus necesidades básicas de

aprendizaje con el fin de promover su autonomía convivencia social y productiva, mejorando su calidad de vida.

Es por eso que en el periodo 1987-1989, después de un proceso de reflexión, sobre el modelo segregacionista de atención a la niñez con discapacidad, se elabora un nuevo marco conceptual desde una perspectiva integracionista y con una visión futurista, se iniciaron diversas acciones que tuvieron su repercusión de una u otra manera en la atención a las personas con discapacidad.

Actualmente se domina el programa de educación temprana por el enfoque integral con el que se atiende a las niñas y niños con discapacidad y /o alto riesgo de 0-3 años. Dicho programa tiene cobertura en 26 municipios del país, cuenta con 48 maestras itinerantes que se desplazan por el territorio para brindar atención educativa a esta población desde los ambientes educativos: hogar de la niña y el niño y comunidad.

IV - JUSTIFICACION

La Discapacidad se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades conceptuales, sociales y prácticas, comenzando antes de los dieciocho años de edad.”, así lo expresa (AAMR, 2002)

El instituto Nacional para la evaluación de la educación (INNE, 2003) sostiene que para la mejora de la calidad de la educación es indispensable lograr una interacción efectiva entre los padres de familia y los docentes en general, entre todos los sectores de la sociedad.

Es indispensable que el padre de familia se involucre activamente en el desarrollo integral de su hijo a través de técnicas o estrategias que lo capaciten para ser el primer responsable y propiciador de la educación de sus niños con discapacidad múltiple.

(Salinas, 2004)Proponen una clasificación de las estrategias parentales de participación que incluyen seis categorías: habilidades de crianza, comunicación escuela- padres, involucramiento de los padres como voluntarios en las escuelas, en actividades de aprendizaje en casa y en la toma de decisiones escolares, y la colaboración de los padres con la escuela y la comunidad.

El presente trabajo de investigación beneficiara directamente a la alumna en estudio e indirectamente a los padres de familia, estos deben estar muy conscientes que el hecho de participar en la educación de un niña con discapacidad o multidiscapacidad implica la posibilidad de incidir, decidir, opinar, aportar y disentir sin ellos el proceso de educación temprana no tendría sentido ni razón de ser, porque son ellos los que tienen la última palabra para decidir sobre su hija.

V - PROPÓSITOS DE INVESTIGACIÓN

Propósito General

Valorar el involucramiento de los padres de familia de una niña de tres años con discapacidad múltiple de la escuela especial Roberto José Sequeira ubicado en el municipio de San Marcos, departamento de Carazo, mediante estrategias de atención educativa en su hogar.

Propósitos específicos

- ✓ Describir las acciones que sugiere la docente del programa de educación temprana a desarrollar en los hogares para trabajar con una niña de tres años de edad con discapacidad múltiple de la escuela especial Roberto José Sequeira ubicado en el municipio de San Marcos, departamento de Carazo en el periodo Septiembre-Noviembre del año 2016.
- ✓ Valorar la coordinación con un equipo multidisciplinario (fisioterapeuta, neurólogo, nutricionista, etc.) para garantizar la atención integral de una niña de tres años de edad con discapacidad múltiple de la escuela especial Roberto José Sequeira ubicado en el municipio de San Marcos, departamento de Carazo de Managua en el periodo Septiembre-Noviembre del 2016.
- ✓ Proponer un plan de estrategias de atención educativa a realizar en el hogar para fortalecer el rol educativo de los padres de familia mediante el trabajo enfocado al sistema familiar de una niña de tres años de edad con discapacidad múltiple de la escuela especial Roberto José Sequeira ubicado en el municipio de San Marcos, departamento de Carazo de Managua.

VI- CUESTIONES DE INVESTIGACIÓN

General:

¿Cuál es la importancia del involucramiento de los padres de familia en una niña de tres años de edad que presenta discapacidad múltiple de la escuela especial Roberto José Sequeira?

Específicas:

- ✓ ¿Cuáles son las acciones que realiza la docente del programa de educación temprana en el hogar de una niña de tres años de edad con discapacidad múltiple?
- ✓ ¿De qué manera se da la coordinación con un equipo multidisciplinario (fisioterapeuta, neurólogo, nutricionista, etc.) para garantizar la atención integral de una niña de tres años de edad con discapacidad múltiple?
- ✓ ¿De qué manera beneficiaría un plan de estrategias de atención educativa a realizar en el hogar de los padres de familia de una niña de tres años de edad con discapacidad múltiple mediante el trabajo enfocado al sistema familiar y el rol educativo de los padres de familia?

VI I- PERSPECTIVA TEÓRICA.

CONCEPTOS.

7.1 DISCAPACIDAD MULTIPLE

Se considera discapacidad Múltiple al “conjunto de dos o más deficiencias asociadas, de orden física, sensorial, mental, emocional ó de comportamiento social, no es la suma de éstas alteraciones que caracterizan la múltiple deficiencia, más si el nivel de desarrollo, las posibilidades funcionales, de la comunicación, de la interacción social y del aprendizaje que determina las necesidades educacionales de esas personas.” (MEC, 2003)

La presencia de dos o más discapacidades en una misma persona requiere de apoyos generalizados en las diferentes áreas de las habilidades adaptativas, así como en la mayoría de las áreas del desarrollo, enfrentándose a un mayor número de barreras sociales que le impiden su plena y afectiva participación.

7.2 NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD MULTIPLE

Los niños que presentan alteraciones en el desarrollo y en particular los que poseen discapacidad múltiple, a menudo requieren la atención de numerosos especialistas que pueden o no trabajar en forma coordinada, dependiendo de la inserción institucional y del modelo de atención que prevalezca en cada lugar.

Esta situación exige un especial esfuerzo de adaptación por parte de las familias, que muchas veces reciben informaciones repetidas o contrapropuestas que deben procesar sin disponer de suficientes elementos de análisis.(Difusion multiple, 2007)

7.3 COMPRENDIENDO LA DISCAPACIDAD VISUAL Y LA DISCAPACIDAD MULTIPLE.

La visión desempeña un importante papel para el desarrollo y el aprendizaje. Por lo tanto, la falta o disminución de este sentido en los primeros años de vida limita una serie de experiencias e interacciones, que deberían ser vividas de manera espontánea y natural a través del uso de la visión.

La privación del sentido de la visión se asocia principalmente a otro déficit, dificulta el acceso al mundo y limita las experiencias del niño/a, llegando a comprometer su desarrollo en diversas áreas. El impacto en el desarrollo depende también de una serie de factores: de las características de la deficiencia visual, del ambiente y de la familia, de las características individuales, de la presencia o no de otras patologías asociadas, del tratamiento, de la intervención precoz y del desarrollo de un vínculo afectivo entre la madre y el bebé, expresa (School, 1986)

8. DEFICIENCIA VISUAL.

La deficiencia visual conlleva desde una ausencia total de visión hasta alteraciones que si bien no son totales suponen una dificultad para ciertas actividades. Las causas de la deficiencia visual son diversas, en función del proceso que se vea implicado (la visión no es función que dependa únicamente del ojo) y del origen de la lesión. Así podemos agruparlas en las que son de origen hereditario, congénito o enfermedades adquiridas que afectan la visión.

Actualmente y gracias al avance en la esperanza de vida, cada vez adquieren más importancia las deficiencias visuales asociadas a la edad o a enfermedades adquiridas, como la degeneración macular o la retinopatía diabética.

La persona invidente o con algún tipo de discapacidad visual, queda privada de experiencias que otra persona adquiere desde el momento de su nacimiento.

Esta restricción al medio le hace compensar su déficit con el aporte de los demás sistemas sensoriales. Entre las principales enfermedades podemos mencionar: la ceguera, las cataratas, la degeneración macular, el cáncer de retina, la atrofia óptica, el glaucoma, la distrofia corneal, la distrofia retinal, la retinopatía

diabética, la retinopatía del prematuro, el tumor de retina, la uveítis, el retinoblastoma.

En otro concepto también existe la discapacidad visual la cual puede originarse por un inadecuado desarrollo de los órganos visuales o por padecimientos o accidentes que afecten los ojos, las vías visuales o el cerebro. El inadecuado desarrollo en la gestación da como resultado esta discapacidad. Así mismo podemos agregar aquella discapacidad que se gesta a partir de una enfermedad que provoca esa disminución de la visión, como son:

- Cataratas
- Glaucoma
- Diabetes
- Tracoma
- Ausencia de Vitamina A

La dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica relacionada con una disminución o pérdida de las funciones visuales y las barreras presentes en el contexto en que desenvuelve la persona.

Respecto de las barreras, estas son de diversos tipos, entre las más frecuentes se pueden señalar:

- Ausencia de señales auditivas que reemplacen la información visual. Por ejemplo, si los semáforos no cuentan con señales auditivas, la persona cuyo remanente visual no le permita discriminar las luces, presentará mayores dificultades para cruzar las calles, situación que la hará más dependiente.
- Ausencia de literatura en Braille o audio en las bibliotecas públicas. Por ejemplo, si una persona que presente ceguera o baja visión asiste a una biblioteca en busca de información, entretenimiento o cultura y no encuentra

textos adaptados en dicho lugar, verá disminuidas sus posibilidades de integración y crecimiento personal.

- Ausencia de sistemas de escritura alternativos. Por ejemplo, si los textos escolares no se encuentran adaptados al sistema Braille, niñas y niños que presentan ceguera no tendrán acceso a los aprendizajes en igualdad de condiciones, dificultándose a su vez su participación en clases e interacción con sus compañeros y compañeras.

Como se aprecia en esta definición, la discapacidad visual, no depende únicamente de las características físicas o biológicas del niño o niña, sino que se trata más bien de una condición que emerge producto de la interacción de esta dificultad con un contexto ambiental desfavorable. En compensación a esto, los avances en la cirugía ocular están contribuyendo a una velocidad vertiginosa para mejorar la discapacidad visual tanto en sus inicios como en su desarrollo, constituyendo una esperanza a un presente-futuro donde el número de personas afectadas puedan superar las barreras físicas y sociales.

8.1 AMBIENTE Y FAMILIA

Algunos estudios con niños/as ciegos y con baja visión muestran que el impacto de la deficiencia depende más del ambiente y de la familia que de factores como grado y tipo de la pérdida visual, afirma (Lechelt, 2000). Un ambiente favorable puede ayudar al niño/a alcanzar su máximo potencial, sin embargo un ambiente inadecuado, pobre de estímulos e interacciones puede llegar a causar graves dificultades y lagunas irreversibles en el desarrollo, resalta la importancia de los padres para el progreso de los niños/as principalmente en los primeros meses de vida. Afirma también, que la calidad de las experiencias brindadas por ellos, así como su estado emocional, es esencial para un buen desarrollo.

Ante esta realidad las familias demandan intervenciones coordinadas que atiendan de manera integral las necesidades del niño y las suyas propias para así evitar la fragmentación y la multiplicación de propuestas. Web gráfica. (Badia, 2006)

En 1965 en Francia y Estados Unidos un grupo de padres de familia se organizaron para exigir los derechos de sus hijos con discapacidad y entre estas exigencias estaban mejorar las condiciones educativas, y mejorar las prácticas en la atención a los niños /as con discapacidad, implementado desde el departamento de Educación Especial, acciones de investigación sobre modelos de prácticas más efectivas, al mismo tiempo que se pone en marcha un programa de atención sistemático y continuo que incluía detección, diagnóstico e intervención temprana para todos los niños /as adscritos a la seguridad social.

9. PARALISIS CEREBRAL (origen y concepto)

La **parálisis cerebral** es un trastorno permanente y no progresivo que afecta a la psicomotricidad del paciente. En un nuevo consenso internacional, se propone como definición: “La parálisis cerebral describe un grupo de trastornos del desarrollo psicomotor, que causan una limitación de la actividad de la persona, atribuida a problemas en el desarrollo cerebral del feto o del niño. Los desórdenes psicomotrices de la parálisis cerebral están a menudo acompañados de problemas sensitivos, cognitivos, de comunicación y percepción, y en algunas ocasiones, de trastornos del comportamiento”. Las lesiones cerebrales ocurren desde el período fetal hasta la edad de 3 años. Los daños cerebrales después de la edad de 3 años hasta el período adulto pueden manifestarse como parálisis Cerebral. Según el autor (Poyuelo M, 2000)García Prieto, A. (1999). Niños y niñas con Parálisis Cerebral. Descripción, acción educativa e inserción social. Madrid: Narcea.

En la década de 1860, un cirujano inglés llamado William Little escribió las primeras descripciones médicas de un trastorno extraño que atacaba a los niños en los primeros años de la vida, causando músculos espásticos y rígidos en las

piernas y en menor grado, en los brazos. Estos niños tenían dificultad para asir objetos, gatear y caminar. A diferencia de la mayoría de las otras enfermedades que afectan al cerebro, esta enfermedad no empeoraba a medida que los niños crecían. En cambio, sus incapacidades permanecían relativamente igual.

El trastorno, que fue llamado enfermedad de Little durante muchos años, ahora se conoce como *diplejía espástica*. Es una de un conjunto de trastornos que afectan el control del movimiento y se agrupan bajo el término unificador de "parálisis cerebral."

Debido a que parecía que muchos de los pacientes de Little habían nacido a continuación de partos prematuros y complicados, el médico sugirió que su enfermedad era el resultado de la privación de oxígeno durante el nacimiento, lo que dañó tejidos cerebrales sensibles que controlan el movimiento. (Freud, 1987), el famoso psiquiatra no estuvo de acuerdo. Haciendo notar que los niños con parálisis cerebral a menudo tenían otros problemas neurológicos como retraso mental, trastornos visuales y convulsiones, Freud sugirió que el trastorno podía tener raíces más temprano en la vida, durante el desarrollo del cerebro en el útero. "Los nacimientos difíciles, en ciertos casos," escribió, "son solamente un síntoma de efectos más profundos que influyen sobre el desarrollo del feto."

A pesar de la observación de Freud, durante muchas décadas la creencia de que las complicaciones del parto causaban la mayoría de los casos de parálisis cerebral fue general entre los médicos, las familias y aún entre los investigadores médicos. En la década de 1980, sin embargo, los científicos subvencionados por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebro vasculares (NINDS) analizaron datos extensos de más de 35,000 recién nacidos y sus madres, y descubrieron que las complicaciones durante el nacimiento y el trabajo de parto justificaban sólo una fracción de los bebés nacidos con parálisis cerebral probablemente menos del 10 por ciento. En la mayoría de los casos, no pudieron encontrar una causa única y obvia.

Este hallazgo desafió la teoría médica aceptada sobre la causa de la parálisis cerebral. También estimuló a los investigadores a buscar otros factores antes, durante y después del nacimiento que estuviera asociado con el trastorno.

9.2 CARACTERISTICAS.

En primer lugar, los trastornos son debidos a una lesión cerebral (encéfalo) que interfiere en el desarrollo normal del niño. Se produce en el primer año de vida, o incluso en el período de gestación, y puede ocurrir hasta los cinco años.

Se distingue por el daño dominante de las funciones motrices, el cual afecta al tono, a la postura y al movimiento.

Por último, hay un concepto generalizado de que la lesión no es evolutiva pero sus consecuencias pueden variar en el niño. Los trastornos motores afectan a la mayoría de los casos a los órganos buco-fonadores y dificultan el desarrollo de la alimentación y el habla. (En realidad, la afección es en el tono muscular de los músculos que posibilitan el habla y la alimentación, por eso es frecuente el babeo y la necesidad de mucha concentración por parte del niño para evitarlo).

Los niños con parálisis cerebral presentan alteraciones a lo largo de su desarrollo, derivadas de su problema neuromotor. Directamente se verán afectados las habilidades básicas como caminar, manipular, hablar, escribir, etc. Además, dependiendo de la gravedad de la lesión, el niño las puede adquirir de manera más tardía y/o de forma anómala o incluso puede que no se desarrollen, en cualquier caso necesitará una atención especial. A continuación comentaremos de manera breve algunos aspectos del desarrollo motor. Expreso (Bugie L. , 1997)

- Desarrollo motor: El desarrollo de la motricidad del niño con parálisis cerebral, según (Poyuelo, 2003) sigue una secuencia desordenada y con ciertos patrones anormales.

9.3 DESARROLLO MOTRIZ DE UN NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL.

Hay que tener en cuenta que las disfunciones motoras presentes en el desarrollo de estos niños afectan a todos los aspectos de la vida, limitando sus experiencias, la posibilidad de aprender y la forma de relacionarse con las demás personas.

DESARROLLO DEL ÁREA MOTRIZ DE UN NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL					
1 mes	3-4 meses	6-7 meses	8-9 meses	12 meses	24-36 meses
<p>En el lactante es probable que el reflejo tónico asimétrico sea constante e intenso, e inhiba el reflejo de enderezamiento laberíntico provocando un retraso o impidiendo el control cefálico.</p>	<p>Siguen habiendo dificultades para mantener el control cefálico y las manos pueden permanecer cerradas constantemente o bien solamente una mano si la lesión es unilateral.</p>	<p>Se hacen más evidentes las alteraciones del tono muscular en las extremidades inferiores e impide el reflejo de enderezamiento corporal, lo que provoca un déficit para adoptar la posición de sentado</p>	<p>Es poco probable que se pueda sentar y si lo consigue es de manera anormal. Además los reflejos primarios persisten acentuadamente.</p>	<p>Intenta ponerse de pie, inclinando la cabeza hacia atrás y extendiendo todo el cuerpo. Puede coger objetos con la mano pero sin llegar a la coordinación fina para realizar la pinza. 15 meses Es improbable que consiga gatear o caminar, excepto los afectados con una parálisis cerebral muy leve o unilateral</p>	<p>Los afectados con una parálisis cerebral leve podrán mostrar cierta autonomía motriz con un patrón anómalo, pero en los niños con parálisis cerebral grave sigue dominada por el comportamiento reflejo que impide el control de los movimientos voluntarios.</p>

9.4 CAUSAS.

Las causas que producen la parálisis cerebral van a depender y a variar de un caso a otro, por tanto no puede ni debe atribuirse a un factor único, aunque todos desarrollan como determinante común, la deficiente maduración del sistema nervioso central.

La parálisis cerebral puede producirse tanto en el período prenatal como perinatal o postnatal, teniendo el límite de manifestación transcurridos los cinco primeros años de vida.

1. **En el período prenatal**, la lesión es ocasionada durante el embarazo y pueden influir las condiciones desfavorables de la madre en la gestación. Suele ocasionar el 35% de los casos. Los factores prenatales que se han relacionado son las infecciones maternas (sobre todo la rubéola), la radiación, la anoxia (déficit de oxígeno), la toxemia y la diabetes materna.
2. **En el período perinatal**, las lesiones suelen ocurrir en el momento del parto. Ocasionan el 55% de los casos, y las causas más frecuentes son: anoxia, asfixia, traumatismo, prematuridad, partos múltiples, y en general, todo parto que ocasiona sufrimiento al niño.
3. **En el período postnatal**, la lesión es debida a enfermedades ocasionadas después del nacimiento. Corresponde a un 10% de los casos y puede ser debida a traumatismos craneales, infecciones, accidentes vasculares, accidentes anestésicos, deshidrataciones, etc.

9.5 CLASIFICACION DE PARALISIS CEREBRAL

(Doman, 1944) Podemos establecer distintas clasificaciones basándonos en aspectos funcionales. Según donde se localice la lesión cerebral se clasifican en:

- **Espástico:** este es el grupo más grande; alrededor del 75% de las personas con dicha discapacidad presentan espasticidad, es decir, notable rigidez de movimientos, incapacidad para relajar los músculos, por lesión de la corteza cerebral que afecta los centros motores. Los síntomas más frecuentes son: hipertonía, hiperflexia e hiperflexión. La lesión está localizada en el haz piramidal.
- **Atetósico:** en esta situación, la persona presenta frecuentes movimientos involuntarios que interfieren con los movimientos normales del cuerpo. Se producen por lo común, movimientos de contorsión de las extremidades, de la cara y la lengua, gestos, muecas y torpeza al hablar. Las afecciones en la audición son bastante comunes en este grupo, que interfieren con el desarrollo

del lenguaje. La lesión de los ganglios basales del cerebro parece ser la causa de esta condición. Menos del 10% de las personas con parálisis cerebral muestran atetosis. La lesión está localizada en el haz extra piramidal.

- **Atáxico:** en esta condición la persona presenta mal equilibrio corporal, una marcha insegura y dificultades en la coordinación y control de las manos y de los ojos. La lesión del cerebelo es la causa de este tipo de parálisis cerebral, relativamente rara.
- **Formas mixtas:** es raro encontrar casos puros de espasticidad, de atetosis o de ataxia. Lo frecuente es que se presente una combinación de ellas.

9.6 SEGÚN LA TOPOGRAFÍA CORPORAL

Según la distribución del trastorno neuromuscular o el criterio clasificatorio de topografía, que indica cual es la parte del cuerpo afectada, podemos distinguir entre:

- **Hemiplejía:** afecta a uno de los dos hemicuerpos (derecho o izquierdo).
- **Cuadriplejía:** los cuatro miembros están paralizados.
- **Paraplejía:** afectación de los miembros inferiores.
- **Monoplejía:** un único miembro, superior o inferior, afectado.
- **Triplejía:** tres miembros afectados.
- **Hemiparesia faciobraquial crural:** Afectada la cara, un brazo y una pierna.

9.7 SEGÚN EL TONO MUSCULAR.

- **Isotónico:** tono normal.
- **Hipertónico:** tono incrementado.
- **Hipotónico:** tono disminuido.
- **Fluctuante:** tono inconsistente (hipotonía y espasticidad)

9.8 OTROS TRASTORNOS MÉDICOS ASOCIADOS O NO

1. Discapacidad intelectual
2. Epilepsia (convulsiones)
3. Problemas de crecimiento
4. Visión y audición limitadas
5. Sensibilidad y percepción anormales
6. Dificultades para alimentarse, falta de control de los intestinos o vejiga y problemas para respirar (debido a problemas de postura)
7. Problemas de la piel (llagas de presión)
8. Problemas de aprendizaje
9. Pubertad precoz.

9.9 PREVENCIÓN.

En muchos casos, se desconoce la causa de la parálisis cerebral y, en consecuencia, no puede hacerse nada para prevenirla. No obstante, se han identificado algunas de las causas de la parálisis cerebral y, a menudo, se han logrado prevenir los casos resultantes de ellas. La intolerancia de Rh y el síndrome de rubéola congénita solían ser causas importantes de parálisis cerebral. Actualmente, la intolerancia de Rh por lo general puede prevenirse aplicando a las mujeres embarazadas Rh- negativo la terapia adecuada. Puede probarse la inmunidad de las mujeres a la rubéola antes del embarazo y, si no son inmunes, se las puede vacunar.

Los bebés con ictericia grave pueden tratarse con luces especiales (fototerapia). Las lesiones en la cabeza del bebé son una causa importante de parálisis cerebral en los primeros meses de vida y, las cuales, pueden evitarse transportando a los bebés en sillas especiales que se fijan al asiento trasero del auto. La vacunación periódica de los bebés ayuda a prevenir muchos casos de meningitis, otra causa de daño cerebral en los primeros meses. La mujer puede ayudar a reducir el

riesgo de parto prematuro si recibe atención prenatal de forma temprana y periódica y si se abstiene de fumar, beber alcohol y consumir drogas.

9.10 DIAGNOSTICO DE LA PARALISIS CEREBRAL

El diagnóstico de la parálisis cerebral se basa únicamente en demostrar que existe una lesión cerebral que causa dificultades en la movilidad y la postura, para eso basta una resonancia magnética (permite estudiar con nitidez las diferentes estructuras cerebrales y comprobar que están indemnes)

Requiere una exploración neurológica y del neurodesarrollo completa que permita establecer con claridad el tipo de alteración motora, pudiendo coincidir en una misma persona más de uno, la extensión de la lesión y el grado de funcionalidad y autonomía que permite.

No debemos olvidar que las personas con parálisis cerebral puedan sufrir otras alteraciones debidas a la disfunción cerebral que causa la lesión. Por eso siempre hay que evaluar la visión y la audición, el desarrollo físico, la presencia de epilepsia, el dolor y la afectación de otros órganos.

Hasta el momento, no se ha podido desarrollar una cura para la parálisis cerebral, pero la persona afectada podrá llevar una vida plena si recibe una atención adecuada que le ayude a mejorar sus movimientos, que le estimule su desarrollo intelectual, que le permita desarrollar el mejor nivel de comunicación posible y que estimule su relación social. Cuanto antes se detecte, mayor respuesta ofrecerá el paciente al tratamiento. Se aconseja la asistencia a escuelas regulares.

9.11 INTERVENCION

Tradicionalmente se admite que son cinco los pilares del tratamiento de la parálisis cerebral:

- **La neuropsicología**
- **La fisioterapia**, y dentro de la fisioterapia, estaría indicada la aplicación de la fisioterapia neurológica, concretamente el Concepto Bobath.
- **La terapia ocupacional:** incluyendo también el tratamiento mediante el Concepto Bobath y el tratamiento de AVDs, utilización de sistemas de posicionamiento y el empleo de férulas y dispositivos de apoyo,
- **La educación compensatoria y**
- **La logopedia**

En conclusión, los niños/as y jóvenes con discapacidad múltiple tienen muchas necesidades de apoyo en diversas áreas de su vida, el mayor reto de los docentes dedicados a su educación es desarrollar estrategias que le permitan participar en los diferentes entornos comunitarios en donde se desenvuelven, para lo cual principalmente deben avocarse a promover su comunicación. (Smith, 1999)

En este sentido el Ministerio de Educación de Nicaragua a través de la dirección de educación especial, pone a su disposición la compilación de documentos sobre: "Implementación de materiales e integración sensorial para estudiantes con discapacidad múltiple"

Este material permitirá conocer un programa que se realizó pensando en la población más pequeña y desprotegida del país, hablamos del programa de educación temprana, aquí se permitirá conocer y aplicar estrategias terapéuticas para la integración sensorial y la implementación de materiales auxiliares, como respuesta a la necesidad educativa, para lograr un mejor procesamiento de la información sensorial y una mejor organización de las respuestas adaptativas de los estudiantes y en especial reflexionar sobre la importancia del trabajo

colaborativo entre los docentes y los padres de familia de estudiantes con discapacidad múltiple.

9.12 IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION TEMPRANA EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL

La parálisis cerebral es la causa más frecuente de discapacidad físico-motora en la infancia. Este estudio tiene como objetivo principal revisar el estado del arte de los programas de estimulación temprana en niños con parálisis cerebral.

Los programas de estimulación temprana se han desarrollado en varios países en un intento de minimizar la discapacidad y mejorar las capacidades de los niños con trastornos del desarrollo neurológico. La estimulación temprana de los niños con parálisis cerebral debe comenzar lo más temprano posible para aprovechar al máximo la plasticidad cerebral, y requiere un enfoque multidisciplinario. En el programa de estimulación temprana de estos niños hay que considerar que, si bien el trastorno motor es lo que define el cuadro, lo habitual es que los pacientes presenten otros problemas asociados, siendo los más frecuente el déficit cognitivo, la epilepsia y las alteraciones sensoriales que también requieren de un manejo específico.

La estimulación temprana en niños con parálisis cerebral es una importante herramienta para mejorar su calidad de vida, potenciar el desarrollo motriz, cognitivo, social y emocional; cada niño tendrá un programa de atención, global e individualizado, mediante el trabajo mancomunado de un equipo multidisciplinario de profesionales, y en todo momento se debe incluir a la familia en estos programas de estimulación.

10. EDUCACION TEMPRANA

(Tijerino, 2011) Se entiende por Educación Temprana al conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos.

10.1 MISION

El programa de Educación temprana tiene como misión proporcionar a los niños y niñas con discapacidad y/o alto riesgo establecido de 0 a 3 años de edad, una educación integral y constructivista, fortaleciendo su potencial en las diferentes áreas del desarrollo humano. (Cognitiva, psicomotora y socio-afectiva)

10.2 VISION

Niños y niñas con discapacidad y/o alto riesgo establecido de 0 a 3 años en un ambiente familiar y comunitario de equidad y alegría con padres y madres que les respetan, apoyan y les facilitan la apropiación de aprendizajes significativos en las diferentes áreas del desarrollo humano (cognitiva, psicomotora, y socio-afectiva) que les sirvan para mejorar sus calidad de vida y el éxito en su inserción en la etapa educativa siguiente.

10.3 MARCO LEGAL

El gobierno de reconciliación y unidad nacional a través de los diferentes servicios de acción social que presta a la población tales como salud, educación, promueve la restitución de los derechos de la niñez tal y como lo establece el código de la niñez y la adolescencia (Ley 287) que en relación a la población infantil de 0-6 años refiere:

Artículo 7: “Asegurar con absoluta prioridad el cumplimiento de los derechos y garantía de niños y niñas, referentes a la vida, la convivencia familiar y

comunitaria, nacionalidad, identidad, salud, alimentación, vivienda, educación, medio ambiente, deporte, recreación, profesionalización, cultura, dignidad, respeto y libertad”

Artículo 36: Ser refiere al deber del estado con la participación de la familia, la escuela y la comunidad garantizar las condiciones básicas higiénicas- sanitario y ambientales, así como la promoción y educación a todos los sectores de la sociedad en particular a la madre, padre, niñas y niños, de la ventaja de la lactancia materna, la estimulación del desarrollo. Así como el acceso a la educación permanente y que reciba apoyo en la aplicación de estos conocimientos.

Artículo 43: Las niñas y niños tienen derecho a la educación orientada a desarrollar hasta el máximo de sus potencialidades, su personalidad, aptitudes y capacidades físicas y mentales.

Artículo 40: El estado asegurara la atención médica a las niñas y niños a través del sistema público de salud, garantizando el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, rehabilitación, y recuperación de la salud.

Artículo 77: El estado reconoce a las niñas, niños y adolescentes con discapacidad deberán disfrutar de una vida plena en condiciones de dignidad que le permita valerse por sí mismo y que facilite su participación en la sociedad y su desarrollo individual.

10.4 METODOLOGIA DE ATENCION EN EL PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA

La atención activa en el programa de educación temprana está dirigida a niños y niñas con discapacidad o alto riesgo establecido en edades de 0 a 3 años. Este rango de edad tendrá sus consideraciones cuando la niña o el niño sea captado tardíamente por el programa, dicho programa tiene cobertura en 26 municipios del país, cuenta con 48 maestras itinerantes que se desplazan por el territorio para

brindar atención educativa a esta población desde los ambientes educativos: hogar de la niña, y el niño y comunidad.

El programa de educación temprana está adscrito a la escuela de educación especial bajo la asesoría y seguimiento de la dirección de la escuela de educación especial y de la delegación municipal.

En municipios en donde no existe la escuela de educación especial el programa de educación temprana está adscrito a la delegación municipal bajo asesoría y seguimiento de la misma.

El modelo de atención está basado en el desarrollo integral de las niñas y niños con discapacidad y o alto riesgo en edad temprana, a través del fortalecimiento de las practicas diarias en las familias enfatizando en su rol de primeros agentes educativos

En el desarrollo de este proceso educativo la maestra del programa implementa una metodología de orientación-demostración-practica y evaluación conjunta con la familia, estableciendo un periodo de retroalimentación, el cual permite fortalecer aspectos que se requieren reforzar. Todo este proceso se registra en un expediente de cada niño y niña, lo que permite sistematizar su avance.

En conclusión la educación temprana tiene como finalidad ofrecer a los niños /as con déficit o riesgo de padecerlo, un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras, que faciliten su maduración en todos los ámbitos y les permitan alcanzar un adecuado nivel de desarrollo personal y de interacción social.

Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

(Sanchez, 2011)se centra en favorecer al niño venciendo los déficits que presenta, permitiéndole un adecuado desarrollo evolutivo. Hacen hincapié en la intervención conjunta desde distintas disciplinas como la neurología, la psicología (del

desarrollo y del aprendizaje), la pediatría, la psiquiatría, la pedagogía, la fisioterapia, la logopedia, etc.

Para que el tratamiento sea eficaz es esencial tanto el comienzo temprano como la presencia de un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales de alta competencia y diversas especialidades que además se coordinen entre sí. Los especialistas que deberían formar dicho equipo son los siguientes según (Bisetto, 2009)

Médico neurólogo pediatra: Representa un papel fundamental en la intervención. Es el responsable de integrar a todos los miembros del equipo en un plan de tratamiento global, administrar los tratamientos y hacer un seguimiento de la evolución del niño.

Otorrinolaringólogo: Informa sobre aspectos anatómicos y funcionales, si existen malformaciones asociadas, úvula bífida, paladar ojival, adenoides muy desarrollado, problemas auditivos, etc.

Ortopeda: Su función es predecir, diagnosticar o tratar problemas musculares relacionados con la parálisis cerebral.

Fisioterapeuta: Encargado de diseñar y llevar a cabo programas específicos para mejorar el movimiento, la postura, el tono y la fuerza.

Terapeuta ocupacional: Son los especialistas que trabajan con niños que tiene problemas sensoriales, involucran a los niños en actividades físicas diseñadas para regular su entrada sensorial, para hacer que se sientan más cómodos y seguros. No existen estudios científicamente probados que demuestren que el trabajo que los terapeutas ocupacionales hacen con los niños que tienen retos de procesamiento sensorial sea efectivo, pero muchos padres han encontrado que las terapias y ejercicios ayudan a los niños a sentirse mejor y funcionar mejor.

Psicólogo: Especialista en ayudar a los pacientes y a sus familias ante el estrés y las exigencias de la enfermedad. En determinados casos, pueden supervisar la terapia para modificar la conducta o hábitos inútiles o destructivos.

Educador: Cuya función es importante para fomentar el aprendizaje en la educación del niño, este debe contar en todo tiempo con el apoyo y trabajo en continuo con los padres de familia.

Logopeda. Especializado en favorecer, establecer y potenciar la comunicación, además de prevenir, reeducar y rehabilitar posibles trastornos y alteraciones en las funciones neurovegetativas.

10.5 IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LAS FAMILIAS

(Castro, 2001) Indica que cuando aparece una discapacidad múltiple, en el entorno familiar, no solo altera la vida de la persona afectada sino que influye también a todos los familiares que le rodean. Los primeros momentos, antes y después de la comunicación del diagnóstico son cruciales para las familias ya que va a suponer una fuerte conmoción emocional y un impacto en el funcionamiento familiar.

(Madrigal, 2007). Expresa que las familias están expuestas a un mayor estrés al enfrentarse a necesidades, dificultades y exigencias que son inesperadas para ellos y que provocarán una reorganización en la estabilidad familiar es necesario que los padres de estos niños reciban información precisa y completa sobre lo que supone esta discapacidad. Además, sirve para orientarles sobre lo que pueden o no esperar, la forma en la que deben interactuar con el niño y los servicios y tratamientos que se adapten mejor a las necesidades del afectado. Los padres presentan un rol principal en la atención y cuidado de la persona con discapacidad, además pueden necesitar apoyos externos para desempeñar estas funciones. Por otra parte, (Martinez, 1993) señala que los padres influyen sobre la capacidad de aprendizaje de sus hijos.

En relación con lo mencionado, (Mainemer, 1998) indica que los padres que son más hábiles y con un nivel cultural alto pueden facilitar el crecimiento y el desarrollo de sus hijos de manera eficiente. Llegados a este punto, aportaremos una serie de pautas a las familias dentro del tratamiento logopédico para mejorar la calidad de vida del niño en sus primeras etapas. Es importante que los padres

lleven a cabo este tipo de pautas ya que son los que pasan más tiempo con sus hijos, completando así el trabajo que realiza el logopeda.

VIII -MATRIZ DE DESCRIPTORES

Propósitos de la investigación	Descriptores	Cuestiones de Investigación	Técnica/ Instrumentos	Fuente
<p>Describir las acciones que sugiere la docente del programa de educación temprana a desarrollar en el hogar para trabajar con una niña de tres años de edad con discapacidad múltiple de la escuela especial Roberto José Sequeira ubicado en el municipio de San Marcos, departamento de Carazo en el periodo Septiembre-Noviembre del año 2016.</p>	<p>Niña con discapacidad múltiple.</p> <p>Programa de educación temprana.</p>	<p>¿Cuáles son las acciones que realiza la docente del programa de educación temprana a desarrollar en los hogares para trabajar con una niña de tres años de edad con discapacidad múltiple?</p>	<p>Entrevista a la docente de educación temprana.</p>	<p>Niña con discapacidad múltiple.</p>
<p>Valorar la coordinación con un equipo multidisciplinario (fisioterapeuta, neurólogo, nutricionista, etc.) para garantizar la atención integral de una niña de tres años de edad con discapacidad múltiple de la escuela especial Roberto José Sequeira ubicado en el municipio de San Marcos, departamento de Carazo de Managua en el periodo Septiembre-Noviembre del 2016.</p>	<p>Padres de familia.</p> <p>involucramiento de los padres de familia</p>	<p>¿De qué manera se da la coordinación con un equipo multidisciplinario (fisioterapeuta, neurólogo, nutricionista, etc.) para garantizar la atención integral de una niña de tres años de edad con discapacidad múltiple?</p>	<p>Guías de observación a la clase de la docente en conjunto con los padres de familia.</p>	<p>Padres de familia.</p>
<p>Proponer un plan sencillo de estrategias de atención educativa a realizar en el hogar para fortalecer el rol educativo de los padres de familia mediante el trabajo enfocado al sistema familiar de una niña de tres años de edad con discapacidad múltiple de la escuela especial Roberto José Sequeira.</p>		<p>¿De qué manera beneficiaria un plan de estrategias de atención educativa a realizar en el hogar de los padres de familia de una niña de tres años de edad con discapacidad múltiple mediante el trabajo enfocado al sistema familiar y el rol educativo de los padres de familia?</p>	<p>Entrevista a los padres de familia.</p>	<p>Docente de Educación Temprana.</p>

IX. PERSPECTIVA DE INVESTIGACIÓN

- ENFOQUE DE LA INVESTIGACION.

La investigación es de enfoque cualitativo y se utiliza como estrategia el estudio de caso.

Se abordó las estrategias que utiliza la docente de educación temprana en el proceso de enseñanza aprendizaje, así como el involucramiento de los padres de familia en el mismo, también las características y síntomas relacionados con los aspectos que intervienen en el estudio de caso de una niña con discapacidad múltiple.

(Yin, 1933) afirma que el estudio de caso es un método o un diseño de la investigación cualitativa, el estudio de caso no tiene especificidad, pudiendo ser usado en cualquier disciplina para dar respuesta a preguntas de la investigación para la que se use. .

- TIPO DE ESTUDIO

La investigación es un estudio de caso, esta es una estrategia muy útil para estudiar problemas prácticos o situaciones determinadas.

Es un estudio de caso, observacional, que de acuerdo (Arnal, 1992) en estos estudios la técnica de recogida de datos es la observación participante y el foco de estudio un determinado aspecto de la institución.

Se puede definir el método de observación que será utilizado como un método de recopilación de información acerca de la temática de discapacidad múltiple.

En cuanto al tiempo este trabajo es de corte transversal debido a que todo el proceso se realizó durante un periodo establecido del segundo semestre del año escolar 2016.

-METODO UTILIZADO

El método teórico que se utilizó en esta investigación es inductivo porque partimos de los hechos observados a la generalidad de problema o fenómeno en estudio, dando origen de esta manera al análisis y creación hacia nuevas teorías.

-TECNICA DE RECOGIDA DE DATOS

Las técnicas que se utilizaron para recopilar información fueron las siguientes:

1. Entrevista a los padres de familia.
2. Entrevista al docente de educación temprana.
3. Guía de observación al trabajo del docente de educación temprana.
4. Guía de observación al trabajo que realizan en el hogar con la niña y los padres de familia.

-ROL DE LAS INVESTIGADORAS

Un estudio de caso es un tipo de investigación social que se caracteriza por la indagación empírica de los problemas de estudio en sus propios contextos naturales, los que son abordados simultáneamente a través de múltiples procedimientos metodológicos (Hartley, 1994)

En este estudio el rol como investigadoras fue de mucha importancia debido a que como tal, nos planteamos cuidadosamente algunos cuestionamientos, relacionados con las acciones, metodologías de trabajo, que se llevan a cabo en educación temprana, con una niña que presenta multidiscapacidad, lo cual nos permitió más adelante recopilar, registrar, y analizar los datos obtenidos.

El trabajo como investigadoras es muy beneficioso ya que se pudieron enriquecer conocimientos y potencialmente cambiar o transformar la percepción que tenga el lector de un fenómeno determinado.

A su vez se sustentaron teorías estudiadas durante el proceso de enseñanza aprendizaje en las asignaturas como metodología de la investigación e investigación aplicada. Reforzando los conocimientos teóricos practico que se recibieron en todo el proceso de formación profesional.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN ESTE ESTUDIO INVESTIGATIVO.

Guía de observación directa, la cual permitió verificar el trabajo que realiza la docente de educación temprana con la niña tanto en el hogar como en el CET (Centro de Educación Temprana) y también la realización seguimiento de los padres de familia y por supuesto nos permitió ver el estado y los avances que la niña a obtenido al tiempo de estar en dicho programa.

Las preguntas realizadas en las entrevistas son de tipo abiertas y cerradas, la fuente de información fueron, la niña con discapacidad múltiple, los padres de familia, la docente de educación especial, la directora de la escuela especial.

La entrevista a los padres de familia nos permito conocer el diagnostico actual de la niña, la atención que está recibiendo en el programa de educación temprana y el involucramiento de ellos mismos en dicho programa.

La guía de observación al igual que las entrevistas fueron sometidas a validación por tres docentes alta mente calificados, por lo que el instrumento se modificó más de una vez para obtener el logro de los objetivos de la investigación, estos fueron: el Msc. Francisco Javier Castillo Vado, Msc. Miriam Moreira. Msc. Raúl Ruiz Carrión.

X - ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

OBSERVACION DE LA VISITA DE LA DOCENTE EN EL HOGAR

En cuanto a la guía de observación que se le realizó a la docente del programa de educación temprana pudimos constatar que la docente toma en cuenta las diferencias individuales de la niña que es atendida en el programa de acuerdo al diagnóstico que le presentan, a su vez respeta el ritmo el nivel de su funcionamiento, está muy comprometida y preparada para brindar una adecuada intervención durante el proceso de enseñanza aprendizaje.

Por otro lado implementa una metodología de orientación-demostración- práctica fortaleciendo en el núcleo de la familia la comunicación, comprensión, respeto y aceptaciones que se requieran en el hogar, garantizando el seguimiento a la atención que recibe la niña.

También observamos que durante el desarrollo de la guía de visita al hogar los padres de familia de la niña no se involucraban en un 100% en el proceso por lo tanto se dificulta realizar un proceso de evaluación en conjunto para verificar los avances en el aprendizaje que la niña ha adquirido.

Por otro lado la docente registra a través de un expediente estudiantil de la niña su plan de intervención anual, mensual y guías de visita en donde plasma cada una de las actividades individuales de acuerdo a las características de ella.

Tomando en cuenta las habilidades cognitivo-motrices desarrolladas durante el proceso de atención en la niña, la docente realiza una adecuación oportuna según las debilidades encontradas para posteriormente dar a conocer los resultados a los padres de familia con el fin de retroalimentar y reforzar aprendizajes en la niña.

ENTREVISTA AL DOCENTE.

En cuanto a la entrevista realizada a la docente que imparte la modalidad de educación temprana pudimos corroborar que 15 años de trabajar para educación especial y 5 años en la modalidad de educación temprana por lo tanto podemos decir que la docente esta apta y tiene conocimientos suficientes para ejercer su función.

La metodología que utiliza es la orientación-demostración-practica, aquí se realiza una orientación de las actividades a realizar con la niña en el hogar por parte de la maestra, luego ella realiza de manera práctica los ejercicios involucrando a los padres de familia y luego ellos lo tienen que realizar solos.

Una de las estrategias que utiliza la docente es enfatizar el rol educativo de la familia mediante la elaboración conjunta de materiales sensoriales, lúdicos y adaptaciones que se requieran en el hogar para el involucramiento activo de la niña dentro de la familia así como la búsqueda de recursos en su entorno. A su vez destaco que los materiales didácticos y auxiliares a utilizar no son facilitados por los padres de familia, asegura que ella busca estos recursos en el ámbito del hogar.

La evaluación del desempeño de la niña se realiza durante todo el proceso de enseñanza aprendizaje, destacando el aprendizaje significativo en cada una de las visitas, realizando las observaciones pertinentes para fortalecer el desarrollo integral de la niña.

Constantemente da a conocer las evaluaciones que realiza a la niña para que los padres retomen cada una de las actividades sugeridas.

ENTREVISTA A LOS PADRES DE FAMILIA

Los padres y madres de familia son los primeros llamados a educar a sus hijos en valores, a través de las palabras, el ejemplo y el amor. El niño asimila de sus padres la filosofía de la existencia; si hay comunicación, respeto y afecto habrá unidad y los hijos en la edad adulta mostraran siempre una respuesta positiva de afecto a sus semejantes, es por ello que se debe brindar una amplia gama de experiencias iniciando en su propio hogar.

Así mismo, se ha demostrado que el desarrollo físico y mental del niño en la edad temprana tiene una enorme influencia en el desarrollo de las siguientes edades. Un niño nace sin saber nada y todo lo que aprende lo adquiere, por experiencias al explorar el ambiente donde vive; el estímulo de los movimientos a través de juegos sencillos, cantos y cuentos o colaborar en los quehaceres del hogar desde temprana edad, le permite al niño desarrollar su inteligencia a la vez que favorece su desarrollo integral. Es por esta razón que es imprescindible que el padre de familia y la familia como tal participen activamente en todo el proceso de desarrollo y crecimiento de sus hijos.

Al retomar los resultados de la entrevista a profundidad, se comprobó que el padre y la madre de la niña dan poco seguimiento al proceso de formación educativo ya que no se involucran en las actividades orientadas por la docente tanto dentro como fuera del hogar. Por tal motivo no se ha logrado un avance significativo en el desarrollo integral de la niña en las diferentes áreas. Al consultarles cuales han sido las causas para que esto ocurra expresaron que la falta de tiempo es un factor predominante puesto que los dos tienen que trabajar arduamente para solventar los gastos de las medicinas de la niña y que el poco tiempo que les queda es utilizado para realizar las tareas del hogar quedando así la niña como un factor secundario y no su prioridad.

XI - CONCLUSIONES

Abordaremos en nuestras conclusiones tres sujetos de estudio los cuales fueron los protagonistas principales de dicha investigación.

En cuanto a la docente de educación temprana podemos resumir que la atención que ella brinda a la niña es bastante completa, se basa en acciones tales:

- ✓ Elabora su plan anual para atender a la niña.
- ✓ Elabora planificación mensual de objetivos (meta, específicos y operativos).
- ✓ Hace uso de elementos que rigen la planificación y evaluación para la ejecución del proceso educativo del programa de educación temprana.
- ✓ Elabora mes a mes la programación con las acciones a desarrollar en la comunidad para garantizar la inclusión familiar.
- ✓ Insta a los padres de familia para que se involucren en el proceso de enseñanza aprendizaje en la niña.
- ✓ Implementa la metodología de trabajo colectivo con las familias.

Para la atención multidisciplinar:

- ✓ La docente de educación temprana es la que establece la coordinación con los diferentes servicios de la salud presentes en la comunidad tales como: pediatría, fisioterapia, neurología, nutrición psicología etc.
- ✓ Visita el MINSA (Ministerio de salud) coordinaciones con ONG (Los pipitos), alianzas con gabinetes de las comunidades, con el MI FAM (mi familia) entre otros.

En cuanto a la niña con discapacidad múltiple. (Guías de observación y las visitas realizadas, pudimos constatar que lo siguiente:

- ✓ Atiende orientaciones por parte de la docente de educación temprana, mostrándose con confianza al realizar las actividades que ella le indica, por lo cual se descarta deficiencia cognitiva.
- ✓ Expresa sus sentimientos y emociones a través de gestos faciales, balbuceo y movimientos corporales (mano, cabeza)
- ✓ Reconoce la vos de quien le habla (gira la cabeza hacia la persona que le está hablando)
- ✓ Se muestra rígida y poco colaboradora cuando los padres de familia quieren realizar una actividad con ella lo cual refuerza nuestra teoría de que la niña muestra inseguridad al realizar las actividades con sus padres.

Por otro lado concluimos que por parte de los padres de familia:

- ✓ Los padres de familia presentan un involucramiento pasivo en el proceso de enseñanza aprendizaje de la niña lo cual está afectando su rehabilitación en las habilidades y destrezas que se supone ya debería haber logrado.
- ✓ El no seguimiento de la estimulación constante y pertinente está provocando que la niña presente alteraciones motrices más severas (curvatura más pronunciada en la parte dorsal de la columna debido al poco cambio de posturas corporales, posición de tijeras en sus miembros inferiores, poco dominio del equilibrio de su cabeza).
- ✓ En el área sensorial los padres no realizan acciones con las cuales la niña se motive a integrarse al proceso, cabe destacar que el habla de los padres hacia la niña es una fuente de estimulación para el lenguaje futuro de la misma.
- ✓ En el área afectiva los padres están poco comprometidos con la niña, no se esfuerzan por establecer lazos de confianza y comunicación los cuales son un factor importante en el desarrollo de la niña.

XII -RECOMENDACIONES

A PADRES:

- Los padres de familia tienen que informarse al máximo sobre la discapacidad de su hija, mientras más conozcan más podrán ayudarse ellos mismos y a la niña.
- Favorecer en la niña un ambiente en donde ella se sienta acogida, segura y con confianza para de esta manera promover su independencia, ayudándola a aprender habilidades para su cuidado diario tales como: vestirse, comer sola, etc. este objetivo se puede lograr con una relación más estrecha entre los padres de familia y la niña.
- Mantenerse en contacto con la docente de su hija para ofrecer su apoyo y averiguar cómo reforzar el aprendizaje escolar de su hija en casa.
- Busque oportunidades dentro de su comunidad para actividades sociales, esto ayudara a la niña a desarrollar destrezas sociales y a divertirse.
- Establecer un sistema de observación permanente de la niña en función a sus avances, a fin de retroalimentar todo el proceso.
- Garantizar su derecho a recibir cuidados especiales en su movilidad, educación, capacitación, servicios sanitarios y de rehabilitación.
- Es necesario el tratamiento brindado por distintos especialistas que trabajen en equipo, el cual puede ayudar a evitar complicaciones.
- Asistir a los talleres vivenciales de intercambio de experiencias entre padres y madres de familia, lo cual contribuye en gran medida al fortalecimiento de la autoestima, de la unión familiar, el involucramiento de la familia e inclusión de la niña en la comunidad y a los servicios que en ella se encuentran.
- Hacer uso del juego, el canto y los cuentos como herramientas de estimulación que potencien el desarrollo de la niña tomando en cuenta las características propias de ella.

A DOCENTE DE EDUCACIÓN TEMPRANA:

- Instar a los padres de familia a asistir frecuentemente a las charlas educativas y talleres sobre: elaboración de materiales lúdicos, elaboración de adecuaciones curriculares de acceso o temáticas relacionadas a la educación de la niña.
- Brindar seguimiento al avance pedagógico de la niña para constatar los avances obtenidos.
- Mantener constante comunicación con los padres de familia en la intervención de acuerdo a las necesidades que este presentando la niña.
- Continuar actualizándose en los temas a fines a la educación temprana.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

- AAMR. (2002). Discapacidad Múltiple.
- Anónimo. (2007). *Difusión múltiple*. Obtenido de <http://eespecial.sev.gob.mx/difusion/multiple.php>
- Arnal. (1992). Estudio de caso. En *Conceptos de estudio de caso*.
- Badia, M. (2006). *Atención educativa*. Obtenido de http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO7537/atencion_educativa_aspace.pdf Badia, M. (2006)
- Bisetto, L. y. (2009). Atención Multidisciplinar. En Poyuelo. Buenos Aires.
- Bugie, L. (1997). Neurología Pediátrica . En *Parálisis Cerebral*. Buenos Aires.
- Bugie, o. (1997). Neurología Pediátrica. En F. N. Alvarez. Buenos Aires.
- Canépa, M. (2007). Discapacidad Múltiple. En *Discapacidad Múltiple*.
- Castro, M. C. (2001). El niño con discapacidad y su entorno. San José, Costa Rica.
- Doman, G. (1944). Que hacer por su niño con lesión cerebral. En E. Diana. México.
- E, E. (2015). Multidiscapacidad. En E. Puntas.
- Freud, S. (1987). Psiquiatría. En S. Freud, *Problemas Neurológicos*. Francia.
- Hartley. (1994). Rol de los investigadores.
- Lechelt. (2000). Ambiente y familia. En Sonksen.
- Linares. (1993). Educación Especial. En *Discapacidad*.
- Madrigal, B. (2007). Estabilidad Familiar. En *Rol de los padres de familia*. México.
- Mainemer. (1998). Rol de los padres de familia.
- Maritza, B. C. (2012). *Estrategias metodológicas que utiliza la docente con niños que presentan déficit de atención*. Managua.
- Martínez, L. (1993). Rol de las familias .
- MEC. (2003). Discapacidad múltiple.
- Poyuelo M, P. (2000). Logopeda en la parálisis cerebral. En L. Metayer, *Diagnóstico y tratamiento de la parálisis cerebral*. Barcelona.
- Poyuelo, P. B. (2003). Desarrollo Motriz. En *Parálisis cerebral*.

- Salinas, E. y. (2004). Habilidades de crianza. En *Rol de los padres de familia* .
- Sanchez, R. y. (2011). Desarrollo evolutivo. En Vidal. Managua.
- School. (1986). Comprendiendo la Discapacidad Visual. En *Comprendiendo la Discapacidad Visual*.
- Smith, R. (1999). Niños con retraso mental. En *Guia para padres, terapeutas y maestros*. Colombia.
- Tijerino, A. (2011). Lineamientos de Educacion Temprana. Managua.
- Vasquez, P. (2011). Multidiscapacidad. Ecuador.
- Yin. (1933). Diseño metodologico.

Anexos

Anexo 1: RESPONSABILIDADES DE LA DOCENTE DEL PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA

El funcionamiento de las maestras del programa de Educación Temprana está regido por la ley general de educación y la ley de la carrera docente, así como las normativas y reglamentos que el ministerio de educación emita para el subsistema de educación básica y media, por lo tanto es responsabilidad de la maestra de educación temprana actuar y cumplir conforme lo establecido en las normas jurídicas antes mencionadas.

Son funciones específicas:

Elaborar un plan anual (adecuación curricular) por cada niño o niña que atiende, tomando como referencia los resultados obtenidos en el curso escolar anterior. Este plan anual es elaborado en el primer mes de clase del nuevo año escolar y será el rector de todo el proceso educativo a desarrollar con el niño o la niña.

Elaborar una planificación mensual de objetivos (meta, específicos y operativos) actividades y procedimientos de evaluación a desarrollar en ese periodo con las niñas y niños a quienes brinda atención educativa. Esta planificación mensual tendrá como referencia el plan anual y los resultados obtenidos del proceso educativo desarrollado en el periodo anterior.

Hacer uso de elementos que rigen la planificación y evaluación para la ejecución del proceso educativo en este programa como son las guías curriculares para la integración familiar (autonomía, comunicación, socialización)

Elaborar cada mes la programación con las acciones a desarrollar en la comunidad para garantizar la inclusión familiar, educativa y comunitaria de las niñas y niños en edad temprana. Dicha programación incluye todas aquellas acciones orientadas por la delegación municipal encaminadas a garantizar el alcance de las metas establecidas.

Realizar la evaluación de los resultados alcanzados en el desarrollo de la programación mensual y luego tomarlos como referencia para la programación del mes siguiente.

Implementar la metodología de trabajo colectivo con las familias para lo cual organizan, planifican y ejecutan grupos de orientación a padres de familia de acuerdo a su lugar de domicilio, con una frecuencia de al menos cuatro sesiones de grupo en el mes.

Reforzar los grupos de trabajo colectivo con temáticas que convienen sean compartidos con los padres y madres de familia por otros sectores que brindan atención a la niñez en la etapa de la primer infancia tales como el ministerio de salud, ministerio de la familia, adolescencia y niñez, asociación de padres de familia con hijos discapacitados, docentes de educación temprana y asesores pedagógicos de educación inicial del MINED.

Establecer coordinación y/o gestionar con diferentes servicios de la salud presentes en la comunidad tales como: pediatría, fisioterapia, neurología, nutrición, psicología etc. o de otro servicio social para garantizar que la niña reciba la atención según lo amerite, e incidir en la familia en el seguimiento al proceso para garantizar la sistematización del mismo.

Anexo 2: PLAN DE ACCION PARA LOS PADRES DE FAMILIA DE UNA NIÑA CON DISCAPACIDAD MULTIPLE.

Objetivo general:

Facilitar a los padres de familia de una niña con discapacidad múltiple estrategias sencillas para potenciar el desarrollo cognitivo- motriz en las diferentes áreas del desarrollo.

Objetivos específicos:

- ✓ Brindar una guía de actividades que oriente y apoye durante el proceso de formación y desarrollo de la niña desde el seno familiar
- ✓ Proponer la elaboración y uso de materiales auxiliares y didácticos múlti sensoriales de acuerdo a las necesidades y características de la niña según su entorno.

PROPUESTA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES FISICAS

Para iniciar estas actividades tienen que realizarse constantemente en un intervalo de 35 a 45 minutos diarios, pueden ser dos sesiones al día una por la mañana y otra por la tarde tomando en cuenta el estado de ánimo y las características que presenta la niña.

Siempre que sea posible, la niña debe estar en posiciones correctas. No importa que la niña esté acostada, sentada, parada o gateando; siempre trate de que esté en posiciones en las que:

- ✓ La cabeza esté derecha.
- ✓ El cuerpo esté derecho (no doblado, encorvado o torcido),
- ✓ Los brazos estén estirados y alejados del cuerpo.
- ✓ Las 2 manos estén en uso, frente a los ojos.
- ✓ El peso esté bien distribuido en ambos lados del cuerpo—sobre las caderas, las rodillas, los pies o los brazos.

- ✓ Busque posiciones en las que la niña pueda mantener según su nivel de desarrollo.
- ✓ Juegue con ella, platíquele para motivar el área del lenguaje.
- ✓ Anímela a tocar, sentir y manejar tantas figuras y superficies diferentes como sea posible: cosas grandes, chicas, calientes, frías, pegajosas, lisas, ásperas, duras, blandas, delgadas y gruesas.

ADVERTENCIAS

- ✓ No deje a la niña en la misma posición por mucho tiempo porque el cuerpo podría entiesársele en esa posición. Muévela a menudo. O aún mejor, anímela a que ella misma cambie de posición.
- ✓ Debido a la tensión anormal de los músculos, los niños con parálisis cerebral a menudo pasan mucho tiempo en posiciones anormales. Estas posiciones anormales de los miembros y del cuerpo deben ser evitadas lo más posible, o el niño podría deformarse. Por ejemplo: Si el niño siempre está torcido, se le puede formar una curva en la espina dorsal o se le pueden inclinar las caderas, Si un niño siempre tiene doblado el codo o la muñeca, se le puede formar una contractura (encogimiento de músculos) que no le permitirá estirar el brazo o la mano.
- ✓ Si siempre tiene la cabeza doblada o volteada hacia un lado, con el tiempo el cuello le puede quedar permanentemente torcido.
- ✓ Si siempre tiene un brazo rígido contra el cuerpo, con el tiempo no se le podrá despegar.
- ✓ Si tiene las rodillas siempre juntas, o nunca completamente derechas, o los pies siempre de punta, se le pueden formar contracturas que le limiten los movimientos.

ESTIMULACION DE SENTIDOS

GUSTATIVOS: Realizar ejercicios gustativos, usar alimentos que permitan el contraste entre dulce, salado, agrio etc. y dárselo a probar untando los dedos con diferentes sabores. Observar su reacción y ver si muestra preferencia o rechazo.

OLFATIVOS: coger diferentes elementos de olor natural agradables, como la naranja, una flor aromática, una rama de canela y perfumes suaves, se le dan a oler a la niña para que aprenda a identificar los olores.

AUDITIVOS: Hacerles pedorretas o sonidos hechos con la boca que le llamen la atención. Después ponerla en posición al frente y repetirle lo mismo a un lado y luego hacia al otro y luego de forma aleatoria para sorprenderla, se puede hacer lo mismo con el sonido de bolsas de plástico, chichiles, campanitas u otros sonidos que le sean atractivos a la niña.

ELABORACION DE MATERIALES DEL ENTORNO.

PARA LA ESTIMULACION FISICA: usar colchas para hacer rampitas, cubos plásticos, toallas, cojines, vendas elásticas. Ejemplo: (véase en la imagen)

COMO TUMBARLE EN FORMA CORRECTA

Elige la postura que más corrije al niño

Tumbarle boca abajo:

- Ponle sobre un rollo, cojin o almohada
- Esto hace que sus brazos estén hacia adelante y le ayuda a mantener la cabeza erguida
- Mantener las piernas flácidas juntas con un cojin o saco de arena
- Si las piernas están rígidas separalas con un rollo



- Estira las caderas dobladas usando dos sacos de arena y todo ello sujeto una cincha



Tumbarle de lado:

- Mantener los dos brazos hacia adelante con el fin de que sus manos estén juntas.
- Doblarle una cadera y una rodilla. Esto evitará que mantenga sus piernas juntas y relajará su cuerpo.



PARA LA ESTIMULACION AUDITIVA.

- ✓ Con botellas plásticas realizar chichiles rellenándolas con semillas de consumo básico (maíz, arroz, frijoles)
- ✓ Con chimbombas se pueden realizar diferentes sonidos y en varios tiempos.
- ✓ Con tapas de gaseosa y un alambre elaborar una pandereta.
- ✓ Elaborar una maraca con jícaras, rellenándolas de piedras pequeñas.

PARA LA ESTIMULACION TACTIL.

- ✓ Elaboración de pelotas terapéuticas (para manipular) haciendo uso de harina, arena, arroz entre otros y chimbombas. Elaboración: introducir en unos chimbombos granos de arroz, en otra arena, en otra harina. Para diferenciar texturas.
- ✓ Elaborar un álbum con diferentes texturas: foaming, lija, fieltro, lana, plumas entre otros.

ANEXO 3: INFORME PSICOPEDAGÓGICO

1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: L. M. L.
FECHA DE NACIMIENTO: 03 de septiembre de 2013
FECHA DE EXPLORACIÓN: 10 de Septiembre de 2016
CURSO: Modalidad Educación Temprana

2.- EXPLORACION.

Para identificar las necesidades educativas especiales de Linda Marcela se realizó una evaluación psicopedagógica con el fin de ajustar al máximo el proceso de enseñanza-aprendizaje a las características de la misma.

3.- SÍNTESIS DE LOS INFORMES ANTERIORES

SERVICIO PSICOPEDAGÓGICO

- Observación conductual.
- . En esta evaluación se recogieron datos tanto de la niña (su desarrollo general, sus avances obtenidos y su ritmo de aprendizaje) como el contexto familiar y social.

4.- ANAMNESIS Y DATOS SOCIOFAMILIARES

Padres en unión de hecho estable

- Padre de 38 años, con estudios profesionales (medico, con especialidad de pediatría).
- Madre de 36 años, con estudios universitarios (Administrador de empresas)

Desarrollo biológico: Gestación y parto normal: Nació en condiciones normales a las que indica el embarazo, a sus 38 semanas de gestación, con un peso de 8 libras.

Del desarrollo neonatal destacamos: APPGAR, normal; Ictericia fisiológica, lactancia materna bien tolerada (a los 5 días).

Actualmente L.M.L. tiene 3 años presenta una parálisis cerebral basada en estudio de encefalograma el cual reflejo: anormal en sueño por disfunción sensorial generalizada de predominio izquierdo con deficiencia visual provocada por un traumatismo el cual recibió a los 15 días de nacida producto de una caída, a su vez presento un desprendimiento de corneas por lo cual la niña es ciega.

El desarrollo motor: Presenta una escoliosis producto de la caída que recibió lo cual índice una espasticidad en los miembros superiores e inferiores (cuando está nerviosa), a través del estímulo sensorial constante y pertinente la niña muestra estabilidad corporal a través de la relajación de los miembros permitiendo que las actividades se realicen con más facilidad y a su vez ella se muestra más tranquila emocionalmente.

Del desarrollo social: Responde al estímulo del ambiente, responde con sonrisa facial cuando alguien le habla (se gira hacia la persona que le está hablando) pero con los padres de familia siempre se muestra insegura y se pone rígida cuando cualquiera de ellos intenta hacer los ejercicios de estimulación con ella, lo cual nos lleva a deducir que existe poca confianza por parte de la niña hacia sus padres. Al parecer siempre está inquieta cuando está con ellos.

El desarrollo del lenguaje: Presenta debido a la lesión cerebral una anartria la cual es provocada por la afectación del sistema nervioso central y como consecuencia a la ejecución de los movimientos necesarios para articular por dificultad de movimientos de maxilar, lengua, labios.

A la entrevista familiar: Tras la observación directa y la entrevista a los padres de familia se detecta que Linda Marcela es hija única por parte del matrimonio, pero el papa tiene dos hijos además de ella, establece pocos lazos de apego con sus padres, falta de autonomía, inseguridad, es muy sobreprotegida por parte de la mama lo cual llega a cortar sus iniciativas, sus padres no favorecen un ambiente rico en estímulo lo cual es un factor negativo para su desarrollo.

5.- PRUEBAS APLICADAS

- ◆ Datos complementarios: Informes médicos – psicológicos, entrevista familiar.

6.- RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN

- ❖ Observación conductual

Comunicación:

- ✓ Comprende y expresa mensajes sencillos.
- ✓ Atiende al adulto cuando está dirigido a ella.
- ✓ Manipula los objetos de su entorno intencionalmente.
- ✓ Emite sonidos en respuesta del adulto, imitándolo.

Socialización:

- ✓ Establece contacto con personas y objetos.
- ✓ Se relaciona afectivamente con las personas a través de gestos y balbuceo.

Autonomía:

- ✓ Con mucho estímulo por parte del adulto inicia a tomar líquidos del vaso o la taza.
- ✓ Ingiere alimentos triturados.
- ✓ Gira y mantiene erguida su cabeza buscando el origen de los estímulos.
- ✓ Utiliza sus extremidades superiores tratando de alcanzar objetos o personas.

Anexo 4: Guía de observación.



Las estudiantes del quinto año de la Carrera de Pedagogía con Mención en Educación Especial de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN - Managua de la Facultad de Educación e Idiomas, estamos aplicando guías de observación para conocer las estrategias metodológicas que emplea la docente de Educación Temprana en el hogar de una niña con discapacidad múltiple.

I. Datos generales.

Nombre: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Años de experiencia: _____

Especialidad: _____

II. Desarrollo.

1. ¿Cuántos años tiene de laborar en la modalidad de Educación Temprana?
2. ¿Presenta dominio sobre el diagnóstico de los alumnos que atiende en la modalidad de educación temprana?
3. ¿Qué metodología aplica para trabajar con una niña con discapacidad múltiple?
4. ¿Qué estrategias utiliza para brindar atención a una niña con discapacidad múltiple?
5. ¿Evalúa en conjunto con los padres de familia y/o tutores a través de la observación y la verificación, los avances en el aprendizaje adquirido por el estudiante que atiende?
6. ¿Registra los resultados de la evaluación en los instrumentos de registro evaluativo individual para cada niño en los periodos de corte establecido para tal fin?

7. ¿Da a conocer periódicamente a los padres y/o tutores los resultados de la evaluación con el fin de retroalimentar y reforzar aprendizajes en el alumno?

Anexo 5: Entrevista a la docente.



Las estudiantes del quinto año de la Carrera de Pedagogía con Mención en Educación Especial de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN - Managua de la Facultad de Educación e Idiomas, estamos realizando una entrevista a su persona con el objetivo de conocer las estrategias metodológicas que emplea para llevar a cabo el proceso de educación temprana a una niña con discapacidad múltiple.

I. Datos generales.

Nombre: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Años de experiencia: _____

Especialidad: _____

II. Desarrollo.

1. ¿Qué entiende usted por discapacidad múltiple?
2. ¿Se involucra el padre y/o familia en las estrategias orientadas por el docente del programa de educación temprana?
3. ¿Qué estrategias utiliza para asignar el seguimiento de los ejercicios de estimulación temprana en casa de los padres de familia de una niña que presenta discapacidad múltiple?
4. ¿Qué métodos utiliza en conjunto con los padres de familia de una niña que presenta discapacidad múltiple para lograr un mejor avance en las sesiones realizadas en cada visita?
5. ¿Le facilitan los padres de familia materiales especializados a la docente de educación temprana para atender a su hija con discapacidad múltiple en el hogar?

6. ¿Evalúa en conjunto con los padres de familia los avances y logros que obtiene una niña con discapacidad múltiple?
7. ¿Realiza encuentros para padres de familia con temas de interés?



Anexo 6: Entrevista a padres de familia.

Las estudiantes del quinto año de la Carrera de Pedagogía con Mención en Educación Especial de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN - Managua de la Facultad de Educación e Idiomas, estamos realizando una entrevista a su persona con el objetivo de conocer el seguimiento que usted realiza en su hogar sobre las estrategias metodológicas que emplea la docente de educación temprana para llevar a cabo el proceso de educación en su hija.

I. Datos generales

Nombre y apellido de la madre:	Nombre y apellido del padre:
Ocupación:	Edad:
Escolaridad:	Escolaridad:
Ocupación:	Ocupación:

II. Desarrollo

- 1) ¿Cómo fue el desarrollo del embarazo de su hija?
- 2) ¿Cuál fue la causa del diagnóstico actual de su hija?
- 3) ¿Qué estrategias o actividades realizan en casa con su hija de 3 años con discapacidad múltiple?
- 4) ¿Acompaña y apoya a la docente del programa de educación temprana en las actividades que realiza con su hija?
- 5) ¿Le facilitan a la docente del programa de educación temprana materiales especiales para la atención de su hija con discapacidad múltiple?
- 6) Según su observación; ¿cuáles de las actividades que realiza la docente de educación temprana considera más importante y porque?
- 7) ¿Qué importancia tiene para usted contar con la atención de un equipo multidisciplinar para su hija con discapacidad múltiple?
- 8) ¿Cuáles son sus expectativas en cuanto al programa de educación temprana?

- 9) ¿Asiste con frecuencia a las actividades que coordina la dirección del programa de educación temprana para compartir intercambios de experiencias entre padres de familia?
- 10) ¿Asiste a estas las actividades sola o con su esposo?
- 11) ¿Qué logros ha observado en la niña desde que está integrada en el programa de educación temprana?