

# **LA PARÁLISIS CEREBRAL**

**Ana Madrigal Muñoz**

**Observatorio de la Discapacidad**

**Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)**

# **ÍNDICE**

## **1. Concepto de Parálisis cerebral.**

**A. ¿Qué es la Parálisis cerebral?**

**B. ¿Cuáles son sus síntomas?**

**C. ¿Cuántos tipos de PC se conocen?**

## **2. Datos estadísticos y epidemiológicos.**

## **3. Causas, factores de riesgo y prevención.**

**A. ¿Qué causa la parálisis cerebral?**

**B. ¿Cuáles son los factores de riesgo?**

**C. ¿Cómo se puede prevenir la PC?**

## **4. Evaluación y diagnóstico.**

**A. ¿Cómo se detecta la PC? ¿Cuáles son sus primeras señales?**

**B. ¿Cómo se diagnostica la parálisis cerebral?**

## **5. Tratamientos y Rehabilitación.**

**A. Tratamientos de Rehabilitación, Terapia Ocupacional y Logopedia.**

**B. Terapia Farmacéutica.**

**C. Tratamientos Quirúrgicos.**

**D. Apoyo Psicosocial.**

**E. Otras Terapias.**

## **6. La Parálisis Cerebral a lo largo de la vida.**

**A. Etapa Infantil, los primeros seis años. Atención Temprana.**

**B. El Colegio.**

**C. Cuando llegan a adultos. ¿Podrán trabajar?**

## **7. Consejos para Padres y Madres. El entorno familiar y social.**

**A. El entorno familiar.**

**B. Tengo un amigo/a con Parálisis Cerebral, ¿cómo me puedo relacionar con él/ella?**

## **8. Principales líneas de investigación.**

**A Investigación de las causas y procesos implicados en la Parálisis Cerebral.**

**B Investigación de posibles tratamientos de la Parálisis Cerebral.**

## **8. Recursos Sociales.**

## **9. Movimiento asociativo.**

**A Movimiento asociativo nacional.**

**B Movimiento asociativo internacional.**

## **10. Direcciones y enlaces de interés.**

## **11. Bibliografía.**

La información que se ofrece es meramente divulgativa. En ningún caso deberá emplearse con fines diagnósticos ni terapéuticos. No pretende sustituir la información de los facultativos. Por otro lado, la información ofrecida podría no ser exhaustiva, exacta o actualizada.

## **Lo más importante de la Parálisis cerebral (PC)**

- La Parálisis Cerebral es un conjunto de trastornos neuromotores, de carácter crónico, debidos a una lesión o defecto en el desarrollo del cerebro inmaduro.
- Para poder hablar de Parálisis Cerebral, la lesión se debe producir en los tres primeros años de vida, aunque algunos especialistas extienden este período hasta los cinco años.
- La cerebral se debe a factores prenatales (durante la gestación), perinatales (durante el parto) o postnatales, después del nacimiento.
- La Parálisis Cerebral se caracteriza por alteraciones del tono muscular, la postura y el movimiento, aunque puede ir acompañada de otros síntomas, como deficiencia intelectual, problemas en la articulación de las palabras, problemas sensoriales o epilepsia, entre otros.
- El diagnóstico se lleva a cabo a través de pruebas de exploración neurológica, Resonancia Magnética, Tomografía Axial Computerizada, Ultrasonidos y Encefalogramas. También se llevan a cabo pruebas psicológicas y sensoriales para evaluar los síntomas asociados.
- La Parálisis Cerebral no tiene cura, aunque se puede lograr mucha mejoría si se sigue el tratamiento adecuado desde el momento en que se comunica el diagnóstico.

## **La Parálisis cerebral en las distintas Secciones Informativas del SID**

## **1. Concepto de Parálisis cerebral.**

---

Hacia 1860, un cirujano inglés llamado William Little ofreció por primera vez una descripción médica de un trastorno que afectaba a los niños/as en los primeros años de vida y que se caracterizaba por la rigidez muscular. Se trataba de niños y niñas que mostraban dificultades para agarrar y sujetar los objetos, gatear y caminar. Conocida durante mucho tiempo como "*Enfermedad de Little*", hoy en día se sabe que esta afección es la *diplejia espástica*, uno de los trastornos que se engloban bajo el término de *Parálisis Cerebral*.

### **A ¿Qué es la Parálisis cerebral?**

La Parálisis cerebral (en adelante PC), también conocida como Parálisis cerebral Infantil, abarca un conjunto de trastornos crónicos debidos a una lesión o defecto en el desarrollo del cerebro inmaduro (trastorno neuromotor). Para poder hablar de PC, la lesión tiene que ocurrir en el período comprendido entre los primeros días de gestación y los 3 ó 5 años de vida. El término *Parálisis* hace referencia a una debilidad o problema en la utilización de los músculos, que se manifiesta con alteraciones en el control del movimiento, el tono muscular y la postura. Mientras que el término *Cerebral* quiere resaltar que la causa de la parálisis cerebral radica en una lesión (herida y posterior cicatriz) en las áreas motoras del cerebro que controlan el movimiento y la postura. La PC puede sobrevenir antes del nacimiento por factores perinatales, durante el parto (anoxia o falta de oxígeno en el cerebro, bajo peso al nacer, compresión de la cabeza, etc.) o con posterioridad por factores postnatales (anoxia, traumatismos, infecciones, etc.).

Además de las limitaciones para el movimiento, pueden presentarse otros síntomas asociados: de la cognición (déficit intelectual), de la comunicación (dificultades en la articulación de las palabras), sensoriales y crisis convulsivas (epilepsia).

*No hay una PC típica. Las causas, aspectos clínicos y la gravedad varían de unas personas a otras. La PC no es un trastorno progresivo, aunque puede mejorar con la edad y el tratamiento, aunque, actualmente, no tiene cura.*

*No es contagiosa ni suele ser hereditaria.*

[Volver al Índice](#)

## **B ¿Cuáles son sus síntomas?**

La aparición de los primeros síntomas de la PC tiene lugar antes de los tres años de edad. Al niño o la niña le cuesta girarse cuando está tumbado, sentarse, gatear, sonreír o caminar. Los niños/as se diferencian unos de otros, no sólo en los síntomas que manifiestan, sino también en la gravedad de los mismos, dependiendo de la zona cerebral donde se encuentre la lesión.

### ⇒ *Síntomas Principales.*

La PC se caracteriza por alteraciones del tono muscular, la postura y el movimiento. Atendiendo al modo en que afectan al tono muscular, se distinguen los siguientes tipos:

- Parálisis Cerebral Isotónica. El tono es muscular normal.
- Parálisis Cerebral Hipertónica. Se manifiesta por un aumento del tono muscular.
- Parálisis Cerebral Hipotónica. Se manifiesta por una disminución del tono muscular.
- Parálisis Cerebral Variable. Se caracteriza por la variación del tono muscular.

### ⇒ *Síntomas asociados.*

- Problemas auditivos.
- Agnosias: alteraciones del reconocimiento de los estímulos sensoriales, especialmente, las relacionadas con el tacto.
- Apraxias: Pérdida de la facultad de llevar a cabo movimientos coordinados para un fin determinado. También supone la pérdida de la comprensión del uso de los objetos cotidianos, provocando comportamientos inútiles. En definitiva, es la incapacidad para realizar movimientos adecuados.
- Alteraciones de la atención, por lo que la persona se distrae con frecuencia.
- Discinesia: Dificultades para realizar movimientos voluntarios.

- Contracturas musculares y dislocaciones debidas a las alteraciones del tono muscular y los problemas para mover las articulaciones.
- Déficit Intelectual: La PC no tiene porqué ir asociada a un nivel de inteligencia inferior. Tradicionalmente, se pensaba que las personas con parálisis cerebral, que no controlaban sus movimientos o no podían hablar, tenían un déficit intelectual. Sin embargo, hoy en día se estima que entre estas personas, aproximadamente un tercio tiene un déficit mental moderado o grave, otro tercio, una deficiencia leve y el resto presenta una inteligencia normal.
- Alteraciones visuales: El problema visual más frecuente es el estrabismo, en el que los ojos no están alineados. Puede causar visión doble o que el niño ignore la información que le llega del ojo que está desviado. El estrabismo se corrige mediante gafas y, en los casos más graves, mediante una operación quirúrgica. En algunos casos, puede estar dañada la zona del cerebro encargada de la interpretación de las imágenes visuales. En la PC se conocen pocos casos de ceguera. Las personas con hemiplejia pueden limitar su percepción a un campo visual, ignorando el otro (hemianopsia).
- Problemas de comunicación: Los problemas para comunicarse de las personas con PC pueden deberse a un bajo nivel intelectual y/o por dificultades en el habla y el lenguaje, es decir, problemas en la articulación de las palabras. Estas últimas tienen que ver con la capacidad para controlar los músculos fonatorios: lengua, paladar y cavidad bucal.
- Problemas para tragar y masticar: Están relacionados con las dificultades en el habla y el lenguaje. Las dificultades para alimentarse pueden desembocar en desnutrición, haciendo a las personas con PC más vulnerables a las infecciones y a los problemas del crecimiento.
- Crisis Epilépticas: Una de cada tres personas con PC padecen crisis epilépticas impredecibles. Se trata de pérdidas de conciencia debidas a la interrupción de la actividad eléctrica cerebral ocasionada, a su vez, por estallidos de electricidad. La pérdida de conciencia puede ir precedida de gritos y seguida de

sacudidas de piernas y brazos, convulsiones y micción involuntaria (convulsiones tónico-clónicas). En las crisis parciales simples, se producen sacudidas musculares, hormigueo o entumecimiento y en las complejas, se pueden dar alucinaciones, la persona puede tambalearse, realizar movimientos automáticos y sin propósito, o manifestar una conciencia limitada o confusión. Pese a su carácter imprevisible, puede controlarse con una medicación adecuada.

- Problemas de crecimiento: Supone una falta de crecimiento o del desarrollo en los niños no debida a una carencia de alimentos. Los bebés pueden presentar bajo peso y, en la adolescencia, se puede producir un retraso en el desarrollo sexual. En los casos de hemiplejia, los músculos de las extremidades afectadas pueden ser más pequeños, debido, probablemente, a un retraso en el crecimiento de esta zona. Se cree que se produce una interrupción del proceso de crecimiento normal del cuerpo.
- Incontinencia de la vejiga. Con frecuencia, las personas con PC sufren incontinencia debido a la falta de control de los músculos que mantienen cerrada la vejiga. La micción puede tener lugar durante el sueño (enuresis nocturna), de forma incontrolada durante determinadas actividades físicas (incontinencia del estrés) o como un goteo lento de la orina.
- Babeo. La falta de control de los músculos de la garganta, la boca y la lengua puede conducir al babeo. Este síntoma puede causar irritaciones graves de la piel. Las personas con PC pueden aislarse para evitar el rechazo social que suscita el babeo.

## C ¿Cuántos tipos de PC se conocen?

La PC se puede clasificar siguiendo varios criterios.

⇒ *Clasificación Fisiológica.*

### ○ PC Espástica.

Se caracteriza por un aumento excesivo del tono muscular (hipertonía), acompañado de un elevado grado de rigidez muscular (espasticidad), que provoca movimientos exagerados y poco coordinados o armoniosos, especialmente en las piernas, los brazos y/o la espalda. Cuando la espasticidad afecta a las piernas, éstas pueden encorvarse y cruzarse en las rodillas, dando la apariencia de unas tijeras, lo que puede dificultar el andar. Algunas personas, experimentan temblores y sacudidas incontrolables en uno de los lados del cuerpo que, si son severas, interfieren en la realización de los movimientos.

#### **Cuadro Resumen.**

- *La Parálisis Cerebral Espástica es la más frecuente. Afecta al 75%.*
- *Se caracteriza por una alteración de los reflejos y rigidez muscular.*
- *Lesión en la corteza motora, vía piramidal.*
- *Hiperreflexia: Reflejos exagerados y/o patológicos.*
- *Persistencia de reflejos primitivos (figura del espadachín).*
- *Extremidades pélvicas en tijera.*
- *Con frecuencia, se producen contracturas y deformidades.*
- *Es la forma de PC que, con mayor frecuencia, se produce una discapacidad intelectual.*

### ○ PC Discinética o Atetósica.

Afecta, principalmente, al tono muscular, pasando de estados de hipertonía (elevado tono muscular) a hipotonía (bajo tono muscular). Las alteraciones del tono muscular provocan descoordinación y falta de control de los movimientos, que son retorcidos y lentos. Estas alteraciones desaparecen durante el sueño. En la PC Discinética se producen problemas para el movimiento de las manos y los brazos, las piernas y los pies, lo que dificulta la postura al sentarse y caminar. En algunos casos, también afecta a los músculos de la cara y la lengua, lo que explica las muecas involuntarias y el babeo de algunas de estas personas. La descoordinación también puede afectar a los músculos del habla, dificultando la articulación de las palabras

(disartria). En las situaciones de estrés emocional, disminuye la capacidad para controlar los movimientos.

**Cuadro Resumen.**

- *Afecta entre un 10-15% y está asociada a la hiperbilirrubinemia.*
- *Lesión en los ganglios basales y en el tálamo.*
- *Alteración de los patrones del movimiento, el tono muscular, la postura y la coordinación.*
- *Trastornos del lenguaje.*
- *Tono muscular normal durante el sueño.*
- *Inteligencia normal en el 78% de los casos.*
- *Alta incidencia de trastornos neurosensoriales.*

○ PC Atáxica.

Se caracteriza por una marcha defectuosa, con problemas del equilibrio, y por la descoordinación de la motricidad fina, que dificultan los movimientos rápidos y precisos (por ejemplo, abrocharse un botón). Caminan de forma inestable, separando mucho los pies. Las personas pueden sufrir *temblores de intención*, es decir, al comenzar algún movimiento voluntario, como coger un libro, se produce un temblor en la parte del cuerpo implicada, en este caso la mano. El temblor empeora a medida que se acerca al objeto deseado.

**Cuadro Resumen.**

- *Afecta a menos de un 15%.*
- *Alteraciones del equilibrio y la coordinación.*
- *Hipotonía.*
- *Disminución de los reflejos osteotendinosos y de la sensibilidad.*

○ PC Mixta.

Lo más frecuente es que las personas con parálisis cerebral presenten una combinación de algunos de los tres tipos anteriores, especialmente, de la espástica y la atetósica.

⇒ *Según la parte del cuerpo afectada.*

- Hemiplejía o Hemiparesia. Se encuentra afectado uno de los lados del cuerpo.
- Diplejía o Diparesia. Se encuentra más afectada la mitad inferior del cuerpo.
- Monoplejía o monoparesia. Se encuentra afectado un solo miembro.
- Triplejía o Triparesia. Se encuentran afectados tres miembros.
- Cuadriplejía o Cuadriparesia. Se encuentran afectados los cuatro miembros.

⇒ *Según el grado de dependencia.*

El grado de afectación está determinado por la extensión de la lesión cerebral.

- Grave. Carece de autonomía para la realización de todas o casi todas las actividades de la vida diaria (vestirse, comer, asearse), por lo que precisa de la ayuda de otra persona para poder vivir. Necesitará una silla de ruedas o un equipo especial.
- Moderada. Necesita apoyo de una tercera persona para determinadas actividades y/o ayudas técnicas u ortopédicas como un bastón.
- Leve. Es totalmente independiente, aunque parece torpe cuando realiza alguna actividad.

[Volver al Índice](#)

## **2. Datos Estadísticos y Epidemiológicos.**

Después de instaurarse la vacuna de la poliomielitis en 1955, la Parálisis Cerebral se ha convertido en la causa más frecuente de discapacidad física entre la población infantil. En España, nacen dos niños con PC por cada 1.000 niños nacidos vivos, lo que supone que cada año, nacen con parálisis cerebral o la desarrollan alrededor de 1.500 bebés. Estudios epidemiológicos realizados en los noventa estimaron que la prevalencia mundial oscilaba entre uno y cinco casos por cada 1.000 habitantes. Según la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, en 1999 se

estimaban en casi sesenta mil las personas mayores de 6 años que en España sufrían parálisis cerebral. Como se puede ver en la tabla siguiente, el riesgo a desarrollarla es independiente del género. La probabilidad de padecer PC tampoco varía en función de la raza y condición social.

**Personas con Parálisis Cerebral mayores de 6 años, según género y edad.**

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>TOTAL</b>
<b>6 a 24 años</b>	7.817	5.874	13.692
<b>25 a 44 años</b>	8.001	5.984	13.985
<b>44 a 64 años</b>	4.447	2.290	6.736
<b>65 a 79 años</b>	8.479	5.262	13.741
<b>80+</b>	3.846	5.767	9.613
<b>TOTAL</b>	<i>32.590</i>	<i>25.177</i>	<i>57.767</i>

Fuente: *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (INE-IMSERSO-Fundación ONCE, 1999)

En Estados Unidos, hay más de 500.000 personas con PC, según datos aportados por las Asociaciones Unidas de Parálisis Cerebral Norteamericanas. Pese a los últimos avances en su prevención y tratamiento, las cifras de personas afectadas no han variado en los últimos treinta años e, incluso, han aumentado ligeramente. Esto es así debido a las mejoras en los cuidados intensivos y en otro tipo de intervenciones que han aumentado las posibilidades de supervivencia de los bebés prematuros en situación crítica y de debilidad.

[Volver al Índice](#)

### **3. Causas, factores de riesgo y prevención.**

#### **A. ¿Qué causa la PC?**

No se puede decir que haya una causa de la parálisis cerebral, sino que puede sobrevenir por distintos factores que tienen lugar antes, durante o después del nacimiento, dentro de los tres primeros años de vida. Entre un diez y un quince por ciento de los niños/as con PC adquieren este trastorno en los meses siguientes al parto y suele ser consecuencia de infecciones cerebrales, como la meningitis

bacteriana o la encefalitis vírica, o bien, por lesiones en la cabeza. En muchos casos, ni siquiera se conoce la causa que la desencadenó; únicamente se observa una alteración del desarrollo cerebral o una lesión en la región del cerebro encargada del control de la función motora. Lo que sí es cierto, es que es muy rara la Parálisis Cerebral Familiar, de origen genético.

Tradicionalmente, se atribuía la mayoría de los casos de PC a asfixia y a otras complicaciones ocurridas durante el parto. Sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que sólo un 10% de los nacimientos con asfixia causan PC. La mayoría de las parálisis cerebrales se deben a otros factores.

⇒ *Causas Prenatales.*

Los factores prenatales actúan antes del parto, durante el embarazo. Los que más frecuentemente causan parálisis cerebral son:

- Hipoxia: Insuficiencia de oxígeno en el cerebro.
- Exposición de la madre a un virus o a infecciones (por ejemplo, rubéola).
- Predisposición de la madre al aborto.
- Exposición a Rayos X.
- Intoxicaciones de la madre.
- Trastornos del metabolismo.
- Diabetes.
- Incompatibilidad del Rh sanguíneo. La incompatibilidad sanguínea está relacionada con la Ictericia Infantil. El cuerpo de la madre produce unas células inmunológicas (anticuerpos) que destruyen las células sanguíneas del feto. La destrucción masiva de células es lo que causa la ictericia que, en los casos más graves, puede dañar las células cerebrales. La incompatibilidad del Rh no suele causar problemas durante el primer embarazo, en el que el cuerpo de la madre generalmente aún no produce anticuerpos.
- Apoplejía o hemorragia intracraneal. Se produce por varios factores, como la ruptura de los vasos sanguíneos del cerebro, obstrucción de los mismos o debido a células sanguíneas anormales. La hemorragia intracraneal daña los tejidos cerebrales y causa problemas neurológicos.

⇒ *Causas Perinatales.*

La PC se puede producir a causa de algún acontecimiento que tiene lugar durante el parto o en los momentos inmediatamente posteriores al nacimiento.

- Desprendimiento de la placenta.
- Anoxia o Asfixia Perinatal: La falta o insuficiencia de oxígeno en la sangre pueden causar una deficiencia de oxígeno en el cerebro del recién nacido. En los casos de asfixia grave, existe riesgo de daño cerebral a largo plazo, pudiendo dar origen a una encefalopatía hipóxica-isquémica. La asfixia grave es poco frecuente y va acompañada de problemas en otras partes del cuerpo y de convulsiones. La anoxia puede sobrevenir después de un parto prolongado, por desprendimiento de la placenta o por el uso inadecuado de analgésicos, entre otras causas.
- Apoplejía o hemorragia intracraneal. Puede desencadenarse por una insuficiencia respiratoria en el recién nacido.
- Traumatismo. Caídas, golpes en la cabeza, etc.

⇒ *Causas Postnatales.*

Son aquellas que actúan después del parto, hasta los tres años de vida.

- Enfermedades infecciosas.
- Accidentes cardiovasculares.
- Meningitis.
- Traumatismos o golpes en la cabeza.
- Intoxicaciones por el uso inadecuado de los medicamentos.
- Deshidratación.
- Anoxias.
- Trastornos metabólicos.

[Volver al Índice](#)

## **B. ¿Cuáles son los factores de riesgo?**

El riesgo a padecer parálisis cerebral se incrementa.....

⇒ ..... en los niños prematuros, sobre todo si el nacimiento tiene lugar antes de las 37 semanas de gestación.

- ⇒ ..... en los niños con un peso al nacer inferior a 2.500 gramos.
- ⇒ ..... cuando la madre sufrió hemorragia vaginal a partir del sexto mes de embarazo y presentaba niveles elevados de proteínas en la orina.
- ⇒ ..... cuando el parto fue muy difícil, especialmente si el bebé venía de nalgas (al nacer, presentan primero los pies y no la cabeza) y/o sufrió problemas respiratorios o vasculares que pueden causarle un daño irreversible en el cerebro.
- ⇒ ..... en los niños que expulsan el meconio, lo que es señal de que se estaban formando heces en el útero de la madre.
- ⇒ ..... en los niños que sufren malformaciones congénitas en el sistema nervioso. Por ejemplo, una microcefalia (cabeza excesivamente pequeña) puede sugerir problemas en el desarrollo del Sistema Nervioso durante el embarazo.
- ⇒ ..... en los niños que sufren malformaciones congénitas en zonas distintas del Sistema Nervioso, por ejemplo, en la columna vertebral, sufren una hernia inguinal o presentan una mandíbula excesivamente pequeña.
- ⇒ ..... en los recién nacidos que obtienen una baja puntuación Apgar. Esta puntuación se obtiene a los 10 ó 25 minutos después del parto, mediante la combinación de medidas de la frecuencia cardiaca, la respiración, el tono muscular, los reflejos y el color de la piel.
- ⇒ ..... en los recién nacidos que sufren convulsiones.
- ⇒ ..... en los partos múltiples (gemelos, trillizos, etc.).
- ⇒ ..... cuando la madre sufre hipertiroidismo, convulsiones o una discapacidad intelectual.

El hecho de que se den estas circunstancias no debe ser motivo de alarma para los padres, ya que no siempre van acompañadas de parálisis cerebral, aunque los médicos sí deben estar vigilantes cuando concorra alguna de ellas.

[Volver al Índice](#)

### **C. ¿Cómo se puede prevenir la PC?**

Desde que se han identificado algunas de las causas de la parálisis cerebral, es posible su prevención si se siguen una serie de indicaciones.

⇒ *Prevención de los traumatismos en la cabeza.*

Es muy importante utilizar en los coches los asientos infantiles de seguridad y ponerles un casco cuando vayan a montar en bicicleta. Dentro del hogar, se deben tomar todas las precauciones que dicta el sentido común para evitar los accidentes domésticos (vigilar a los niños mientras se bañan, no dejar los productos tóxicos a su alcance, cerrar la llave del gas, etc.).

⇒ *Evitar que la ictericia cause daños cerebrales.*

La ictericia de los recién nacidos se puede tratar por medio de la fototerapia. Consiste en exponer a los bebés a unas luces azules especiales que descomponen los pigmentos biliares y, así, evitar su incremento y el consiguiente daño cerebral. Cuando la fototerapia no es eficaz, se puede realizar una transfusión de sangre específica para estos casos.

⇒ *Prevención de la PC por incompatibilidad del Rh sanguíneo.*

La incompatibilidad del Rh puede detectarse a través de un análisis sanguíneo de la madre y, en su caso, del padre. La incompatibilidad del primer embarazo se puede prevenir administrando a la madre un suero especial que evita la producción de anticuerpos. En los demás casos, se debe hacer un seguimiento del niño y realizarle una transfusión, cuando aún se encuentra en el vientre de la madre, o llevar a cabo una transfusión de intercambio después del parto, reemplazando una cantidad importante de sangre del recién nacido.

⇒ *Prevención de la rubéola.*

Las mujeres deben vacunarse contra la rubéola antes de quedar embarazadas.

⇒ *Buenas Prácticas durante el embarazo.*

Para disfrutar de un embarazo saludable, es importante asistir al centro de salud donde se realizarán los ejercicios de preparación para el parto y se darán las indicaciones necesarias para llevar un embarazo saludable (dieta equilibrada, dejar el tabaco, alcohol o cualquier otra sustancia dañina para el feto, etc.).

*Un buen cuidado durante el embarazo puede evitar los partos prematuros, el bajo peso al nacer y las infecciones en la madre.*

[Volver al Índice](#)

## **4. Evaluación y Diagnóstico.**

---

### **A. ¿Cómo se detecta la PC? ¿Cuáles son sus primeras señales?**

El diagnóstico de la parálisis cerebral se debe producir lo antes posible de manera que se pueda comenzar el tratamiento más adecuado a las características del bebé que le permita desarrollar al máximo sus capacidades. Los primeros síntomas se presentan antes de los 3 años. Son los padres los primeros en detectar que algo de su hijito/a no va bien, apreciando una postura irregular o un retraso en las distintas etapas del desarrollo: el momento de rodar, sentarse, gatear, sonreír, caminar... En otros casos, el bebé presenta un tono muscular anormal. Si el tono muscular es bajo (hipotonía) el bebé está flácido, relajado y puede parecer abatido. Si hay un incremento del tono muscular (hipertonía), el bebé parece rígido y tieso. Algunos de estos bebés muestran un período inicial de hipotonía y, a los dos o tres meses de vida, progresan hacia la hipertonía.

Cuando el padre o la madre observen alguna señal que les alarme sobre el proceso de maduración del bebé, deberán comunicárselo al pediatra quien le hará las exploraciones necesarias para determinar si se trata de variaciones que ocurren normalmente entre los niños o de alteraciones del desarrollo. A través de un examen físico, entre los 6 y 12 meses, el pediatra obtendrá información sobre los antecedentes prenatales (antes del nacimiento), sobre el parto y la evolución del niño/a. El examen consiste en verificar los síntomas (desarrollo lento, tono muscular anormal, postura irregular), examinar los reflejos y observar cuál es la mano dominante. Normalmente, los niños no muestran preferencia por una mano hasta los 12 meses, pero los bebés con hemiplejia espástica desarrollan esta tendencia mucho antes, ya que la mano del lado no afectado es más fuerte y, por ello, más útil. El pediatra suspenderá un objeto delante y al lado del bebé y observará con qué mano lo intenta coger. Para descartar otros posibles trastornos, es imprescindible observar la evolución del niño/a. La PC no es una enfermedad degenerativa, por lo que sus síntomas no empeoran.

## **B. ¿Cómo se diagnostica la parálisis cerebral?**

Existen una serie de pruebas de evaluación indicadas para diagnosticar la parálisis cerebral.

### ⇒ *Exámenes Neurológicos.*

Consisten en la evaluación de los reflejos, de las funciones motoras y de las cerebrales. Algunos reflejos son típicos de determinadas etapas del desarrollo y, posteriormente, desaparecen. Por ejemplo, el reflejo Moro persiste hasta los 6 meses. En este reflejo, cuando se coloca al recién nacido de espaldas y se le llevan las piernas a la cabeza, el bebé extenderá los brazos y hará un gesto similar a un abrazo. Los niños con parálisis cerebral presentan este reflejo por un período más prolongado.

### ⇒ *Resonancia Magnética (RM).*

Esta prueba utiliza un campo magnético y ondas de radio, lo que permite obtener imágenes muy detalladas del cerebro, indicando las zonas lesionadas.

### ⇒ *Tomografía Computerizada (TAC).*

Permite obtener imágenes de cualquier parte del cuerpo (huesos, músculos, tejido adiposo y órgano), mediante la combinación de radiografías y tecnología computerizada. Las imágenes reflejan cortes transversales (verticales y horizontales) de la zona corporal observada.

### ⇒ *Ultrasonido.*

Se envían ondas de sonido al cerebro y utiliza el patrón ecos para formar una imagen de sus estructuras (sonograma). El ultrasonido se puede utilizar en bebés antes de que los huesos del cráneo se endurezcan y se cierren. Pese a ser menos precisa que las anteriores, esta prueba es menos costosa, requiere períodos más breves de inmovilidad y es útil para detectar quistes.

### ⇒ *Electroencefalograma.*

Se colocan unos electrodos en el cuero cabelludo para registrar la actividad eléctrica del cerebro. Esta prueba está especialmente

indicada cuando existe la sospecha de que el niño/a esté sufriendo convulsiones.

**Otras Pruebas diagnósticas complementarias.**

- *Radiografías.*
- *Exploración de la alimentación del bebé.*
- *Análisis de sangre.*
- *Evaluación de la marcha.*
- *Estudios genéticos.*

Además de las pruebas para el diagnóstico de los aspectos físicos y neurológicos, se utilizan otras que buscan determinar los síntomas asociados de la PC.

⇒ *Evaluación Psicológica: Pruebas o Test de Inteligencia y otras.*

La evaluación de la inteligencia de los niños/as con PC no siempre es fácil. Los problemas del lenguaje pueden confundirse con un déficit intelectual, pues hay muchas pruebas de inteligencia se basan en la medición del área verbal que es donde obtienen peor puntuación. En otros test, como la serie de Wechsler para preescolares, niños o adultos, se incluyen pruebas que requieren ciertas destrezas de manipulación o que se deben realizar en un tiempo determinado, por lo que no son adecuadas para personas con dificultades motóricas. Por ello, a la hora de realizar una evaluación psicológica, en general, o de la inteligencia, en particular, se deben seleccionar aquellas pruebas o test que se adecuen a las capacidades conservadas del niño/a o adulto con PC.

⇒ *Evaluación de los problemas sensoriales.*

Cuando el pediatra sospecha que existen problemas sensoriales (visuales o auditivos) deberá enviar al niño/a a un oftalmólogo o a un otorrinolaringólogo para que examinen y determinen si existen tales problemas.

**Criterios Diagnósticos de Levine.**

Para determinar el diagnóstico de PC, deben estar presentes al menos cuatro de los siguientes síntomas:

1. Patrones anormales en la postura y el movimiento.
2. Patrones anormales en el movimiento que controla la articulación de las palabras.
3. Estrabismo,
4. Alteración en el tono muscular.
5. Alteración en el inicio y evolución de las reacciones posturales.
6. Alteración en los reflejos.

Los criterios diagnósticos de Levine son útiles cuando el niño/a tiene más de 12 meses y se ha descartado que la dolencia sea progresiva.

[Volver al Índice](#)

## **5. Tratamientos y Rehabilitación.**

---

Aunque la parálisis cerebral actualmente no tiene curación, los niños/as que la padecen pueden mejorar sus capacidades si reciben el tratamiento idóneo. Sin embargo, no se dispone de una terapia específica que sea eficaz para todas las personas con PC. Para cada una se debe elaborar un plan de tratamiento adecuado a los síntomas y necesidades que presenta, así como las aptitudes que tiene conservadas. El tratamiento se irá cambiando según vaya creciendo y evolucionando el niño. Las intervenciones del plan de tratamiento deberán establecerse por un equipo multiprofesional (médicos, enfermeros/as, psicólogos, fisioterapeutas, etc.), con la colaboración de la familia, e incluir no sólo las áreas físicas y médicas, sino también los aspectos de comunicación, psicológicos y emocionales, educativos, etc. En ocasiones, los médicos y/o los padres se centran únicamente en las posibilidades de caminar, olvidando que lo importante es desarrollar el mayor número de habilidades que les permitan alcanzar la mayor autonomía posible. El tratamiento debe comenzar lo antes posible, pues cuanto más pequeño es el niño/a, tendrá mayores posibilidades de superar sus discapacidades y de aprender nuevas destrezas que le permitan desenvolverse en la vida cotidiana.

**Recuerda que.....**

..... el tratamiento no termina en la consulta del especialista o en el centro donde se reciben las terapias, sino que continúa en el hogar del niño/a o adulto con parálisis cerebral, llevando a cabo los ejercicios indicados por el terapeuta.

La familia, la escuela y, en general, todo el entorno que rodea a la persona con PC pueden mejorar sus capacidades.

## **A Tratamientos de Rehabilitación, Terapia Ocupacional y Logopedia.**

⇒ *Terapia Física: Fisioterapia.*

La fisioterapia debe comenzar en los primeros años de vida, inmediatamente después del diagnóstico. El niño/a, o la persona ya adulta, con PC realiza una serie de ejercicios físicos con la ayuda de un fisioterapeuta, encaminados a lograr tres grandes objetivos:

1. Prevenir el deterioro o debilidad muscular por no utilizar un determinado miembro (atrofia por falta de uso).
2. Prevenir las contracturas. En ellas, los músculos se contraen crónicamente a causa de las alteraciones del tono muscular y a la debilidad asociada a la PC. Las contracturas limitan el movimiento de las articulaciones, puede afectar al equilibrio y originar la pérdida de habilidades motoras previas. Además de la importancia de la fisioterapia en la prevención de las contracturas, se pueden utilizar aparatos ortopédicos que estiran los músculos en los casos de espasticidad.
3. Mejorar el desarrollo motor del niño.

La fisioterapia es un elemento esencial del niño con PC, que le ayuda a aprender destrezas fundamentales para desenvolverse en su vida familiar, escolar, social, etc.

Existen varios programas de terapia física indicados para personas con PC, como por ejemplo, los que a continuación se detallan:

- Técnica Bobath.

Se basa en el principio según el cual los niños con PC conservan los reflejos primitivos y, por ello, tienen dificultades para controlar el movimiento voluntario. El terapeuta contrarresta estos reflejos adiestrando en el movimiento opuesto.

Los tratamientos de fisioterapia basados en las técnicas Bobath buscan también la normalización del tono muscular. Por ejemplo, se entrenan las posturas capaces de disminuir el tono muscular y aquellas que facilitan los movimientos deseados: mayor equilibrio de pie, movimientos activos e individuales de brazos y piernas, etc. Las Técnicas del Concepto de Bobath son recomendables cuando el paciente da muestra de debilidad y tiene síntomas de espasticidad (*Véase más adelante*).

○ Terapia de Patrones.

Busca enseñar las destrezas motoras en la misma secuencia en que se desarrollan y evoluciona normalmente, es decir, el terapeuta guía al niño/a para que siga la misma secuencia de aprendizaje que sigue un niño sin PC cuando va pasando por las distintas etapas del desarrollo motor, con independencia de la edad del paciente. Esta terapia está envuelta en mucha polémica y despierta reticencias en aquellos que opinan que faltan estudios que demuestren su eficacia.

○ Técnicas de tratamiento basadas en el Concepto Vojta.

El método Vojta constituye una técnica de diagnóstico y de tratamiento global que busca la estimulación de respuestas reflejas de los músculos al presionar los puntos del cuerpo en los que se encuentran las terminaciones nerviosas. A través de estas técnicas, es posible detectar de manera muy temprana las enfermedades ocurridas durante el nacimiento que, como la parálisis cerebral, implican un retraso motor.

El diagnóstico se lleva a cabo a través de un test que evalúa las respuestas automáticas y globales a los cambios de posición en el espacio, inducidos por el terapeuta. Estas pruebas permiten poner en evidencia las alteraciones que se producen a la hora de desencadenar los mecanismos posturales automáticos dirigidos por el sistema nervioso central, teniendo en cuenta la etapa evolutiva del bebé. Cada momento del desarrollo se caracteriza por una serie de patrones de conducta en función de una serie de estrategias locomotoras automáticas claramente definidas por el concepto Vojta.

El tratamiento de fisioterapia consiste en ir reproduciendo estos patrones de conductas motrices globales en el orden cronológico que se originan normalmente. Se trata de ir realizando determinados movimientos contrarios a los que aparecen de

forma espontánea en distintas regiones clave del cuerpo y lograr que estas contrarresistencias se propaguen al resto del organismo.

o Cinesiterapia.

La cinesiterapia es el conjunto de intervenciones que se sirven del movimiento con fines terapéuticos. Puede ser activa, si requiere la participación del paciente, o pasiva, que se lleva a cabo sin que la persona realice ningún movimiento, bien de forma relajada o forzada. La cinesiterapia tiene efectos positivos sobre el sistema cardiovascular, respiratorio y muscular.

Con la Cinesiterapia.....

- *Se vencen resistencias externas que obstaculizan o impiden el movimiento.*
- *Se distiende las fibras acortadas o contraídas.*
- *Se produce mayor tensión muscular, aumentando la fuerza y el volumen muscular.*
- *Se favorece el funcionamiento y la transmisión de los impulsos nerviosos, mejorando el equilibrio y la coordinación del movimiento.*
- *Se aplica peso cada vez mayor de forma progresiva.*
- *Las repeticiones del ejercicio no deben ser muchas y han de realizarse de forma espaciada para lograr una buena recuperación.*
- *Puede realizarse manualmente o por medio de instrumental (circuito de poleas, muelles, resortes, etc.).*

Asimismo, se debe ofrecer al niño con PC un ambiente enriquecido y variado que le estimule cuando no puede explorar por sí mismo el entorno. Los programas de estimulación le proporcionan experiencias de aprendizaje y la posibilidad de relacionarse con el mundo que le rodea.

⇒ *Terapia Ocupacional.*

Su finalidad es el desarrollo de las habilidades necesarias para desenvolverse con autonomía en la vida diaria (vestirse, comer, usar el baño, etc.). El terapeuta ocupacional también presta

asesoramiento sobre las ayudas técnicas específicas para compensar las dificultades en la realización de las distintas actividades (por ejemplo, el ordenador más adecuado cuando no puede escribir con un bolígrafo o un lápiz), enseñándole a utilizar de forma óptima estas herramientas.

⇒ *Tratamientos de Logopedia.*

Cuando existen problemas para comunicarse, de deglución y el babeo las personas con PC deberán recibir logopedia. Estos tratamientos estimulan las capacidades conservadas y persiguen el desarrollo de destrezas nuevas para lograr un habla lo más inteligible posible. El logopeda elabora y lleva a cabo el programa de rehabilitación, siguiendo las orientaciones terapéuticas marcadas por el médico foniatra, que es el profesional que hace el diagnóstico de los problemas del habla. El logopeda también asesora sobre la utilización de ayudas técnicas que favorecen la comunicación, como ordenadores con sintetizadores de voz. El logopeda también enseña ejercicios para controlar el babeo.

Los objetivos que se persiguen con los tratamientos de logopedia son:

- Reducir los factores que obstaculizan la comunicación y/o deglución. Postura inadecuada, mala dentición, alteraciones emocionales y conductuales, etc.
- Mejorar las funciones deterioradas (comunicación, babeo y/o deglución). Para lograr este objetivo, se suelen utilizar técnicas que consisten en la repetición sistemática de tareas.
- Estimular las funciones residuales. Este objetivo se basa en el principio de neuroplasticidad, según el cual las funciones que están conservadas sirven para sustituir y apoyar aquellas que están deterioradas.

Para alcanzar estas metas, la logopedia suele incluir las siguientes técnicas:

- Relajación total o de distintas zonas corporales. Algunas técnicas de relajación no son adecuadas para las personas con PC, porque incrementan su nivel de ansiedad y/o tensión emocional.
- Ejercicios de respiración en distintas posiciones (tumbado, sentado), hasta aprender la respiración costo-diafragmática que mejora la inspiración y

- espiración del aire, aumentando la capacidad pulmonar.
- Ejercitación muscular del sistema bucofonatorio y órganos asociados.
  - Impostación vocal, que entrena a la persona a fonar (producir voz, hablar) correctamente, coordinando la respiración y los movimientos del sistema bucofonatorio y evitando la utilización de músculos innecesarios y las pautas incorrectas.

[Volver al Índice](#)

## **B Terapia Farmacéutica.**

La terapia farmacéutica está indicada para aliviar y reducir algunos de los síntomas asociados con la parálisis cerebral.

<i>Es importante saber que los fármacos sólo pueden tomarse si existe prescripción del médico que atiende a la persona con PC.</i>
--

⇒ *Fármacos para controlar las convulsiones.*

Se dispone de diversos fármacos para prevenir y/o controlar las convulsiones asociadas a la PC. El médico deberá determinar el tipo de convulsión específico para recetar el medicamento más adecuado, pues no se conoce ninguno eficaz para tratar todas las convulsiones. Por lo demás, en algunos casos, lo más indicado es la combinación de varios de ellos.

⇒ *Fármacos para controlar la espasticidad.*

En caso de espasticidad, la medicación está especialmente indicada después de una intervención quirúrgica. Aunque no se ha demostrado su eficacia a largo plazo, son útiles para reducir la este síntoma en breves períodos de tiempo. Los más utilizados son el diacepam, el baclofén y la dantrolina, que son administrado por vía oral.

- Diacepam. Actúa como relajante muscular y sedante del sistema nervioso.
- Baclofén. Bloquea las señales que transmite la médula para que se contraigan los músculos.
- Dantrolina. Interfiere con el proceso de contracción muscular.

Estos medicamentos pueden producir efectos secundarios adversos, como adormecimiento. Además, aún no se conocen las consecuencias a largo plazo que pueden tener sobre el sistema nervioso.

También se están utilizando inyecciones de alcohol en el músculo para reducir la espasticidad. Esta técnica está especialmente indicada en las contracturas incipientes, para corregirlas cuando todavía se están formando y, así evitar la cirugía. La técnica consiste en inyectar alcohol en el músculo contraído para debilitarlo por el tiempo necesario para que los médicos puedan alargarlo con diversas técnicas (ortopedia, terapia, enyesado).

⇒ *Fármacos para controlar los movimientos atetoides y el babeo.*

Los síntomas atetoides se caracterizan por la falta de control, la descoordinación y la lentitud de movimientos. Afecta, principalmente, a las manos y los brazos, así como las piernas y los pies. Los medicamentos utilizados en este caso son los llamados "anticolinérgicos", cuya función es reducir la actividad de la acetilcolina. Ésta es una sustancia química que facilita la comunicación entre determinadas células del cerebro, como las relacionadas con la contracción muscular. Los medicamentos anticolinérgicos también se utilizan para disminuir el babeo, debido a que reducen el flujo de la saliva, aunque, en este caso, pueden tener efectos secundarios, como sequedad en la boca o causar problemas en la digestión.

[Volver al Índice](#)

## **C Tratamientos Quirúrgicos**

⇒ *Cirugía para alargar los músculos.*

La cirugía está especialmente recomendada en los casos de contracturas graves que reducen las posibilidades de movilidad de la persona. Su finalidad es detectar los músculos y tendones que están contraídos (cortos) para, después alargarlos. La identificación de los músculos defectuosos no es una tarea fácil. Por ejemplo, para dar sólo dos pasos con un porte normal, se precisan treinta músculos, pero el problema en uno solo de ellos es suficiente para causar anomalías en el modo de andar.

Para detectar el origen de los problemas para caminar, se dispone de una técnica llamada análisis del modo de andar que combina la información obtenida mediante la grabación en cinta de vídeo, análisis de las secciones del paso por ordenador, planchas de fuerza

que detectan cuando tocan el suelo los pies y la electromiografía, que registra la actividad muscular.

Entre las desventajas de la cirugía, cabe destacar la posibilidad de que se debilite el músculo y la necesidad de un período prolongado para la recuperación.

⇒ *Rizotomía selectiva de la raíz dorsal.*

Su objeto es la reducción de los estímulos que llegan a los músculos de las piernas a través de los nervios para, así, disminuir la espasticidad. La técnica consiste en localizar y cortar selectivamente determinadas fibras nerviosas que controlan el tono muscular y se encuentran sobreactivadas.

[Volver al Índice](#)

## **D Apoyo Psicosocial.**

⇒ *Orientación Educativa y Psicopedagógica.*

Cuando el niño/a con PC llega a la edad de escolarizarse, un Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica evaluará sus necesidades educativas especiales, para, así, poder informar y orientar a los padres de la modalidad de escolarización más adecuada y proponerles los centros apropiados. El equipo está formado, al menos, por psicólogos/as y pedagogos/as (o psicopedagogos/as).

Se pueden distinguir tres tipos de Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica:

- Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Atención Temprana. Actúan, generalmente, en las Escuelas Infantiles, atendiendo a los niños/as de 0 a 6 años.
- Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica Generales. Actúan, preferentemente, en los Centros Infantiles y en los Centros de Educación Primaria, atendiendo a los niños/as de 3 a 12 años.
- Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica Específicos. Atienden a niños/as con discapacidades específicas: motoras, auditivas, visuales, intelectuales y alteraciones graves del desarrollo, en todas las etapas educativas.

Los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica también colaboran con los profesores/as de los centros educativos y les orientan.

⇒ *Terapia de la Conducta.*

La Terapia de la Conducta tiene por finalidad aumentar las habilidades del niño/a con PC, a través de técnicas psicológicas de aprendizaje. Constituye, por tanto, un complemento a la rehabilitación y a la terapia ocupacional. El fundamento de la Terapia de la Conducta es el refuerzo o premio de las conductas adecuadas (por ejemplo, cada vez que el niño/a con PC logra un objetivo de la terapia ocupacional, se le da un globo) mientras se extinguen, ignorando, las conductas inadecuadas (p. Ej. Se le retira la atención cuando tiene rabietas por no querer realizar la rehabilitación).

[Volver al Índice](#)

## **E. Otras Terapias.**

⇒ *Tratamiento del babeo.*

El babeo se puede reducir mediante determinados medicamentos, la cirugía o la bio-retroalimentación. El tratamiento quirúrgico puede ir acompañado de complicaciones, agravando las dificultades para tragar. La bio-retroalimentación es una técnica que avisa cuando empiezan a babear para que la persona pueda controlarlo. Consta de un dispositivo que emite una señal luminosa y/o auditiva (luz/sonido) cuando la persona empieza el babeo y, así, puede tragar la saliva cuando percibe esta señal.

⇒ *Tratamiento de la incontinencia de la vejiga.*

Para tratar la incontinencia, existen una serie de posibles intervenciones que incluyen ejercicios especiales, bio-retroalimentación, fármacos o implantación quirúrgica de aparatos que ayudan a controlar los músculos afectados.

⇒ *Tratamiento de los problemas para alimentarse.*

Las dificultades para masticar y tragar pueden originar problemas de atragantamiento y/o desnutrición. Para paliarlas, el médico o el terapeuta ocupacional, a veces, recomiendan dietas específicas y adiestrar a la persona con PC en nuevas formas de comer. En los casos más graves, podrán recomendar un tubo gástrico que lleve el

alimento desde la garganta al estómago, o su implantación quirúrgica después de practicarle una abertura a través de una gastrotomía.

⇒ *Inyecciones de Toxina Botulínica.*

La toxina botulínica ingerida en grandes cantidades provoca envenenamiento por botulismo que paraliza los músculos. No obstante, su inyección en pequeñas dosis en músculos específicos puede reducir la espasticidad.

⇒ *Tratamiento Ortopédico.*

Los aparatos ortopédicos tienen por finalidad mantener la estabilidad de las articulaciones y mejorar la postura y el equilibrio, eliminando las contracturas. Cuando esta técnica es insuficiente, habrá que acudir a la cirugía (*Véase más arriba*).

⇒ *Terapias artísticas: danza, teatro, etc.*

Existen una serie de instituciones que utilizan distintas disciplinas artísticas con fines terapéuticos. Estas terapias conciben el tratamiento de una manera integral, trabajando los aspectos físicos, psicológicos, psicopedagógicos, sociales y artísticos de la persona. El componente lúdico y creativo de este tipo de terapias contribuye a aumentar la autoestima (*Véase más adelante*).

⇒ *Musicoterapia.*

La música con fines terapéuticos tiene importantes beneficios sobre los aspectos emocionales y motivacionales, la salud física, las funciones cognitivas y sensoriomotoras, así como las habilidades sociales y de comunicación. Las sesiones de musicoterapia pueden recibirse de manera individual o en grupo, dependiendo de las necesidades específicas de la persona. El programa de tratamiento consta de elementos y ejercicios muy variados (improvisación musical, escuchar y cantar canciones, discusión lírica, tocar instrumentos, etc.) que se adaptarán a las características y aptitudes de cada persona. Sobre la musicoterapia, existe una serie de prejuicios y mitos que hay que desterrar, como que sólo es adecuada para determinados tipos de pacientes o la creencia de que hay estilos musicales que son más efectivos para lograr los fines buscados. No obstante, si se deben tener en cuenta las preferencias personales, así como las necesidades y circunstancias específicas de cada persona a la hora de elaborar el programa de tratamiento.

⇒ *Educación Conductiva (Conductive Education).*

Es un sistema de aprendizaje específicamente diseñado para la rehabilitación de personas con alteraciones neurológicas, como la parálisis cerebral. Se basa en la interacción del educador y el alumno, ante determinadas circunstancias de aprendizaje y teniendo en cuenta la edad de éste. El tratamiento puede impartirse de forma individual o en grupos de personas con edades homogéneas. Aborda de forma integral las alteraciones del movimiento, los problemas de aprendizaje, las habilidades cognitivas y la comunicación. Enseña a los niños con parálisis cerebral a conseguir aquello que quieren y a lograr la motivación necesaria para alcanzar sus metas (*Para conseguir la dirección, véase más adelante*). Los principales objetivos de la Educación Conductiva son:

- Aprender cómo llevar una forma de vida normalizada.
- Construir un nuevo método de funcionamiento: que aprenda a caminar, atender en la escuela, ir al trabajo.
- Estimular el desarrollo de la personalidad.
- Desarrollar funciones cognitivas.
- Elaborar un programa educativo que puede ser adaptado a las características de las escuelas ordinarias y a las de educación especial.

⇒ *Terapias Asistidas con Animales.*

Se trata de un conjunto de terapias que buscan la recuperación de las personas con distintas dolencias, como la parálisis cerebral, mediante la interacción con animales. La mayoría de las personas reaccionan de forma positiva cuando se relacionan con sus mascotas, lo que tiene efectos beneficiosos sobre su estado físico y emocional, las aptitudes intelectuales, las capacidades y las habilidades sociales, entre otras funciones. Actualmente, se dispone de suficiente evidencia científica que muestra como el contacto con animales puede hacer disminuir el ritmo cardíaco, calmar a los niños con alteraciones emocionales, o fomentar la conversación en personas poco comunicativas. Atendiendo al animal presente en la terapia, las modalidades utilizadas con más frecuencia son:

- Hipoterapia o terapia asistida con caballos. Se trata de una modalidad de tratamiento en la que el niño o la niña con parálisis cerebral reciben distintos estímulos a través de su relación con los caballos. Cuando están empezando a conocerse, los ejercicios consisten en que el niño/a acaricie al caballo, lo hable y pierda el miedo que le puede provocar un animal de gran tamaño. Poco a poco, el niño/a va

aprendiendo a montarlo. Se le sienta sobre la montura en distintas posiciones (hacia atrás, tumbado, boca abajo), según los objetivos buscados en la terapia. El/la jinete recibe a través del cuerpo del caballo distintos estímulos sobre el movimiento y los cambios posturales, que influyen en su equilibrio.

- Delfinoterapia o terapia asistida con delfines. Los delfines son animales con un elevado nivel de inteligencia que les permite relacionarse con las personas y comprender situaciones complejas. Los niños/as con parálisis cerebral, cuando se relacionan con caballos, aumentan la seguridad en sí mismos, mejoran su capacidad para relacionarse con los demás y la comprensión del esquema corporal.

[Volver al Índice](#)

## **6. La Parálisis Cerebral a lo largo de la vida.**

---

### **A. Etapa Infantil, los primeros seis años. Atención Temprana.**

La Atención Temprana es un programa de intervención para el niño/a con parálisis cerebral desde el momento en que se consigue el diagnóstico hasta que cumple los seis años de edad. Su meta es proporcionarle la estimulación y las experiencias necesarias para desarrollar al máximo sus capacidades, evitando el deterioro en las áreas afectadas por la PC y el retraso en el desarrollo psicomotor. Un equipo, en el que participen distintos profesionales, elaborará un plan de intervención individualizado adecuado a sus necesidades específicas. Este plan estimulará distintas funciones del desarrollo, mejorará sus habilidades motoras y propiciará las conductas individuales y sociales más adecuadas para su edad.

La amplitud del objeto de estas intervenciones implica la intervención de servicios y ámbitos diferentes (servicios sociales y comunitarios, sanitarios, educativos, etc.), teniendo en cuenta los distintos contextos en los que actúan el niño y su familia. Por ello, la Atención Temprana engloba actuaciones muy diversas.

La colaboración de la familia tiene que darse desde el primer momento y puede significar la realización de determinados ejercicios y tareas en casa.

⇒ *Objetivos de la Atención Temprana.*

- Facilitar desde el nacimiento las condiciones fisiológicas, educativas, sociales y recreativas que favorezcan el crecimiento y el desarrollo integral del niño/a con PC.
- Proporcionar los estímulos, estrategias e instrumentos básicos que favorezcan los procesos de maduración y aprendizaje.
- Fomentar la capacidad de observación y el espíritu de curiosidad de cara a la comprensión y la interpretación del mundo que le rodea.
- Fomentar la socialización del niño/a, es decir, el proceso por el que aprende los distintos papeles, hábitos y comportamientos necesarios para hacer frente a las responsabilidades de la vida cotidiana.

⇒ *Psicomotricidad.*

Entre las funciones que estimula la atención temprana, destaca la psicomotricidad. Ésta se compone de las siguientes áreas:

- Área Motora Gruesa. Fortalece los músculos del cuello, la espalda y los miembros superiores, implicados en el desarrollo motor y en el equilibrio. Su meta es lograr que sujete bien la cabeza, camine solo/a, suba y baje escaleras, etc.
- Área Motora Fina. Favorece la coordinación visomotora (mano-ojo), es decir, la coordinación de la visión y la manipulación, que permite al niño coger y utilizar el objeto que está viendo.
- Esquema Corporal. Busca que el niño conozca su cuerpo y sitúe las distintas partes del mismo.
- Lenguaje.

## **B. El Colegio.**

Los niños/as y jóvenes con parálisis cerebral son “alumnos/as con necesidades especiales o específicas”, es decir, que precisan de manera más o menos permanente ayuda complementaria y especializada para seguir el currículo escolar y el ritmo de la clase. Al alumno se le ofrecen las adaptaciones curriculares o del entorno necesarias para compensar las dificultades que presentan (intelectuales, motoras, sensoriales, etc.).

No existen adaptaciones específicas para los alumnos/as con PC, como no podía ser de otra manera teniendo en cuenta que no existen dos niños/as con las mismas dificultades, por lo que se planificarán de manera individualizada. Además, según el grado y tipo de ayuda que precise, podrá acudir a un centro de educación ordinario o a uno de educación especial. La evaluación de estas necesidades le corresponde al equipo psicopedagógico ([más información](#)).

⇒ *Centros Ordinarios de Integración.*

Se trata de centros que imparten alguna/s de las etapas educativas (infantil, primaria y secundaria), dirigida a toda la población escolar y que ofrecen la posibilidad de acudir a los mismos a alumnos/as con necesidades especiales o específicas. El centro deberá reunir una serie de requisitos y contar con los recursos materiales y personales para ser considerados de integración.

⇒ *Centros de Educación Especial.*

Van dirigidos a los alumnos/as menores de 20 años que no pueden seguir un régimen de integración. Estos centros pueden clasificarse según los tipos de discapacidad que atienden. En las poblaciones rurales, pueden habilitarse aulas de educación especial en los centros ordinarios. Los centros de educación especial proporcionan formación para facilitar la transición a la vida adulta.

- *Aprenda más sobre la Parálisis Cerebral. Cuanto más sepa, mejor podrá ayudarse a sí mismo y al niño/a.*
- *Trate a su alumno/a como lo haría si fuera un niño sin parálisis cerebral.*
- *Aprenda de los profesionales (psicólogos, pedagogos, etc.) a satisfacer las necesidades especiales de su alumno/a. Trabaje en equipo, consultando al Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica, para planificar y poner en marcha el plan educativo y las adaptaciones curriculares más adecuados para el niño/a.*
- *No se fíe de las apariencias (muecas, estrabismo, etc.), a veces, el niño/a con parálisis cerebral puede dar la impresión equivocada de que no entiende ni aprende como los demás. Concéntrese en ese niño/a concreto, aprenda a conocerlo y a detectar sus necesidades y capacidades.*
- *Tenga en cuenta las opiniones y deseos de la madre y del padre. Ellos son los que mejor conocen al niño/a y le podrán informar sobre sus necesidades y capacidades.*
- *Aprenda estrategias y estilos de aprendizaje para niños/as con necesidades especiales. En todo caso, sea creativo y pregúntese ¿cómo puedo adaptar la lección para lograr al máximo un aprendizaje activo y práctico?*
- *Sepa que existen ayudas técnicas que pueden allanar muchas de las dificultades que tiene el niño/a con PC en clase. Infórmese sobre ellas y busque la más adecuada para su alumno. Recuerde que las ayudas técnicas pueden significar la diferencia entre la dependencia y la autonomía.*
- *Sea comprensivo cuando, en algunas ocasiones, el alumno/a tenga que salir momentáneamente de la clase para acudir a alguna sesión de tratamiento (rehabilitación, logopedia, etc.).*

[Volver al Índice](#)

### **C. Cuando llegan a adultos. ¿Podrán trabajar?**

Como se está diciendo a lo largo de este informe, cada persona con parálisis cerebral es diferente, presentando unas limitaciones y capacidades específicas. La legislación española prevé distintas modalidades de integración laboral para personas con discapacidad, además de recoger la posibilidad de adaptar el puesto de trabajo para compensar las discapacidades del trabajador/a (ayudas técnicas, supresión de barreras arquitectónicas, cambios en el mobiliario, etc.). La persona con parálisis cerebral puede acudir a un Servicio de Información Laboral encaminados a la información, valoración y asesoramiento de las personas con discapacidad sobre la adquisición y mantenimiento de un puesto de trabajo.

⇒ *Empleo Ordinario (privado, público y autónomo).*

Las empresas y centros de trabajo con más de 50 trabajadores tienen la obligación de reservar un porcentaje de sus puestos para personas con discapacidad. Si se trata de empresas privadas, tienen la obligación de contratar a un número de trabajadores con discapacidad no inferior al 2% de su plantilla, porcentaje que asciende al 5% si se trata de empleo público.

Dentro del empleo ordinario, se incluye el empleo con apoyo, que se encuadra en el seno de empresas normalizadas. Está destinado a personas con discapacidad a las que se le ofrecen los apoyos precisos, dentro y fuera del lugar de trabajo, en condiciones de empleo lo más similares posible en trabajo y salario a cualquier otro trabajador que ocupe un puesto igual en la misma empresa. En un primer momento, la persona con discapacidad puede ir acompañada de un preparador laboral que le adiestrará en el desempeño de su trabajo y que, progresivamente, se irá retirando. El trabajador de un empleo de este tipo recibirá apoyo técnico y un seguimiento durante toda su vida laboral.

Otra modalidad de empleo ordinario es el teletrabajo, que consiste en el desempeño de un empleo en un lugar distinto y alejado de la empresa, generalmente el domicilio del trabajador, utilizando para la realización del trabajo la ayuda de las tecnologías de la información y las comunicaciones. El teletrabajo abarca tanto la modalidad de empleo por cuenta ajena, como empleo por cuenta propia.

Entre las ventajas del teletrabajo destacan:

- ⇒ La mayor flexibilidad de horarios.
- ⇒ La autonomía del trabajador en la empresa.
- ⇒ El ahorro de tiempo y dinero en desplazamientos.
- ⇒ La posibilidad de pasar más tiempo con la familia.

Entre los inconvenientes, se pueden señalar:

- ⇒ El aislamiento social.
- ⇒ El temor al fracaso.
- ⇒ El estrés.
- ⇒ La adicción al trabajo
- ⇒ La posibilidad de que se convierta en una bolsa de subempleo, marginación y economía sumergida.

Para ser teletrabajador es preciso ser una persona equilibrada; con capacidad de comprometerse y cumplir los compromisos; debe estar lo suficientemente motivado que no precise estímulos externos para trabajar; con capacidad para organizarse por sí mismo y superar los

problemas de aislamiento que conlleva el trabajo en el propio domicilio.

⇒ *Empleo Protegido.*

El empleo protegido tiene lugar en los Centros Especiales de Empleo. Se trata de empresas que facilitan a las personas con discapacidad la realización de un trabajo productivo y remunerado, adecuado a sus características personales. Toda o casi toda la plantilla del centro está formada por trabajadores con discapacidad, además de personal sin discapacidad necesario para el desarrollo de la actividad. El porcentaje de personas con discapacidad en la plantilla no debe ser inferior al 70%, sin contar el personal dedicado a facilitar el ajuste personal y social.

⇒ *Centros Ocupacionales.*

Se trata de centros destinados a proporcionar terapia ocupacional, así como servicios de ajuste personal y social a las personas con discapacidad que, por su grado de minusvalía, no pueden integrarse en una empresa o en un Centro Especial de Empleo.

[Volver al Índice](#)

## **7. Consejos para Padres y Madres. El entorno familiar y social.**

---

### **A. El entorno familiar.**

La llegada de un niño/a con parálisis cerebral puede alterar en gran medida la vida familiar. Muchos de estos niños tienen un elevado nivel de dependencia para las actividades de la vida diaria (vestirse, comer, asearse y peinarse, caminar, etc.), por lo que requieren grandes cuidados y ayuda para desenvolverse con normalidad. A continuación se describen algunos momentos claves de la vida familiar cuando hay un niño/a con parálisis cerebral.

⇒ *La comunicación del diagnóstico.*

Para la familia, el momento más difícil es cuando le comunican el diagnóstico. Con frecuencia, los padres han pasado por distintos

médicos y especialistas antes de que les digan de una manera certera que su hijo/a tiene parálisis cerebral. Esta peregrinación les crea una gran ansiedad que no siempre disminuye con la comunicación del diagnóstico. Antes de que asimilen y acepten que su hijo/a tiene una dolencia que le va a durar toda la vida y que hay que afrontar, los padres pueden pasar por un período (*proceso de duelo*) que se divide en varias etapas que se definen por los sentimientos predominantes:

1. Confusión. La comunicación del diagnóstico crea un estado de shock que impide a los padres comprender lo que les están diciendo.
2. Pérdida. Cuando una pareja tiene un hijo/a, espera que éste sea *el niño/a ideal*. En esta etapa, los padres sienten que han perdido al hijo/a perfecto.
3. Negación. Los padres se niegan a aceptar que su hijo tenga una dolencia crónica como la parálisis cerebral. Aparecen pensamientos del estilo "*no es verdad*", "*esto no me puede pasar a mí*", "*tiene que haber un error*", "*se han confundido*"... La negación de la realidad puede llevar a los padres a consultar a otros médicos y especialistas para que desmientan el diagnóstico inicial. Esto no quiere decir que no se deba consultar una segunda opinión para verificar el diagnóstico.
4. Enfado, cólera, resentimiento, culpa. Los padres se rebelan ante el destino. Si tienen creencias religiosas, la ira se dirige hacia Dios con preguntas del estilo "*¿por qué yo?*". También pueden aparecer sentimientos de culpabilidad, la sensación de que se ha hecho algo mal.
5. Asimilación y aceptación. La familia es capaz de enfrentarse a la situación, encarar sus problemas con realismo y buscar soluciones eficaces.

No todas las personas experimentan los mismos sentimientos, sino que cada una vivirá estos momentos de una manera distinta. En todo caso, no se preocupe si sus pensamientos son negativos. La vida no nos prepara para tener un hijo/a con discapacidad y, cuando esto sucede, todo nos puede parecer feo. Con el paso del tiempo, la familia se adaptará a la nueva situación y la vida, que parecía que se había detenido en el momento de la comunicación del diagnóstico, recupera su ritmo habitual. De todas maneras, si observa que persiste la tristeza, las preocupaciones, insomnio, apatía o la sensación de no poderse estar quieto/a, puede que sufra depresión o ansiedad y necesite ayuda psicológica.

⇒ *Cuando las exigencias del cuidado de su hijo/a nos hace sentirnos superpadres.*

Los cuidados que precisan algunos niños/as con parálisis cerebral pueden ser muy intensos y extenderse a lo largo del día. Es la madre la que se ocupa, casi exclusivamente de atender al niño/a con PC, aunque los demás miembros de la familia puedan colaborar en determinados momentos. Dos consecuencias que puede sufrir la persona encargada de la atención de niños/as o (adultos) dependientes y con PC son la interdependencia emocional y el síndrome del cuidador quemado. El primero se manifiesta en una necesidad constante de estar juntos, para evitar peligros imaginarios y en pensamientos del tipo "*nadie le entiende como yo*", "*si no le doy yo de comer, se ahogará*", etc. que se ven reforzados por el miedo del hijo/a a estar desvalido si no le atiende su madre. Los cuidados pueden ser tan absorbentes que la madre relegue a un segundo plano los demás aspectos de su vida; se pueden dar casos de absentismo o abandono laboral; descuidar a los demás miembros de la familia; olvidarse de cuidarse a sí misma o reservar tiempo para el cultivo de aficiones o relaciones sociales.

El "*síndrome del cuidador quemado*" supone llegar al agotamiento y el desgaste físico y psicológico como consecuencia de la dedicación tan intensa a atender a su hijo/a. Es el efecto de una situación de estrés continuado y crónico que desemboca en una serie de síntomas físicos y psicológicos (fatiga, ansiedad, depresión, sentimientos negativos hacia su hijo/a, desmotivación, irritabilidad, conductas estereotipadas, etc.) producidos por la sensación de no controlar la situación.

Para evitar que el cuidador se sienta desbordado por la situación, es muy importante aprender a desconectar y cultivar otras áreas de la vida, independiente del cuidado (pareja, aficiones, amigos, etc).

Las relaciones de pareja entre los padres también pueden verse afectadas por la tensión emocional provocada por la presencia de un hijo/a con PC. Pueden haber discusiones ocasionadas por afrontar de forma diferente la discapacidad del hijo/; sentimientos de frustración cuando la madre no puede disfrutar de los momentos de intimidad por sobrecarga de trabajo o celos del padre porque aquélla dedique más tiempo al cuidado del hijo/a enfermo que a la pareja. Todas estas circunstancias son generadoras de conflictos. Sin embargo, cuando se superan estas situaciones, las relaciones de pareja pueden salir reforzadas. Parece que la presencia de un hijo con PC une a las parejas que tienen buenas relaciones y desune a las que tienen problemas.

Los hermanos/as, sobre todo si son pequeños, pueden sentirse abandonados o culpables cuando su madre dedica casi todo el tiempo al cuidado del niño/a con PC. Otras veces, se sienten abrumados por que sus padres les encargan trabajos y responsabilidades por encima

de sus capacidades, como dar de comer al hermano/a. Hay que explicarles en un lenguaje comprensible, de acuerdo con sus edades, el significado de la parálisis cerebral y responder todas las preguntas que vayan surgiendo. No es bueno ocultarles lo que ocurre a su alrededor con la intención de protegerlos, sobre todo si ven que su padre y su madre están preocupados. En cualquier caso, no se debe olvidar que se trata de niños/as y no hay que cargarles con tareas que están por encima de sus capacidades.

⇒ *Alteraciones de la intimidad.*

Los niños/as con PC reciben distintos tratamientos en los que intervienen un amplio número de profesionales. Cada uno de estos expertos ofrece su opinión, dan consejos... sobre la forma de actuar con su hijo/a. Muchos padres y madres se quejan de que "*les digan lo que tiene que hacer, como si no lo supieran*" y sienten que les invaden su intimidad. Recuerde que tiene derecho a que le informen de todos los tratamientos que va a recibir su hijo/a, a expresar su opinión y a decir que no si no le convence.

⇒ *La constancia es la clave del éxito.*

Los efectos de las terapias no se vislumbrarán hasta que no transcurre el tiempo. Algunos padres y madres se pueden sentir desanimados cuando no ven resultados inmediatos. Recuerde que esto es normal y no se sienta culpable pensando que debería hacer más por su hijo/a. La situación se hace más difícil cuando profesionales o personas bien intencionadas hacen comentarios del estilo "*no trabajes tanto, si nunca va a conseguir andar*". No deje que estos comentarios le desanimen y le hagan desistir y recuerde: La constancia es la clave del éxito.

⇒ *Cuando salir de casa a asuntos ajenos al niño con PC nos crea sentimientos contradictorios.*

Algunos padres y madres se sienten culpables cuando toman parte de alguna actividad o evento al margen de la atención de su hijo/a con PC, a la vez que experimentan una sensación de libertad cuando participan en tareas tan sencillas, como ir al hipermercado. Como se ha dicho más arriba, los padres y madres, especialmente éstas, no deben permitir que el cuidado de su hijo/a les absorba totalmente, por lo que deben cultivar otros aspectos de su vida (ocio, amistades, trabajo, etc.).

### **Consejos para padres y madres.**

- *Aprenda más sobre la Parálisis Cerebral. Cuanto más sepa, mejor podrá ayudarse a sí mismo y al niño/a.*
- *Trate a su hijo/a como lo haría si fuera un niño sin parálisis cerebral. Enséñele a ser lo más independiente posible y no le haga todo.*
- *No se sienta culpable si se tiene que enfadar con su hijo/a, eso no significa que no le quiera.*
- *Las tareas para casa no quieren decir que se tenga que convertir en un terapeuta o profesor. No deje que le absorban todo el tiempo y disfrute de su hijo/a como lo haría con cualquier otro.*
- *Demuéstrele cariño y juegue con él/ella. Llévelo a diferentes lugares, lean juntos, diviértanse.*
- *Pida ayuda a familiares y amigos. Cuidar a un niño/a con parálisis cerebral puede ser un trabajo duro. Enseñe a otras personas lo que deben hacer y déles la oportunidad de hacerlo mientras usted descansa.*
- *Aprenda de los profesionales y de otros padres a satisfacer las necesidades especiales de su hijo/a, pero no convierta su vida en una terapia.*
- *Manténgase informado de los nuevos tratamientos y avances tecnológicos, pero tenga cuidado con las modas novedosas que aún no han sido comprobadas. Acepte la realidad y no busque tratamientos milagrosos ni curas mágicas. La PC no tiene cura pero puede mejorar con un tratamiento adecuado.*
- *No descuide al resto de su familia por cuidar a su hijo/a con PC, sobre todo, tenga cuidado con los hermanos, no les dé responsabilidades por encima de sus edades o capacidades. Recuerde que todavía son niños/as y no siempre podrán hacerse cargo de su hermano/a. Si ya son mayores, recuerde que tienen derecho a su propia vida.*
- *No se olvide de cultivar sus relaciones de pareja al margen de las circunstancias que le plantea su hijo. Salgan a divertirse, no estén todo el día hablando del mismo tema. Y no olvide que su pareja también puede estar pasándolo mal.*
- *Fomente sus aficiones y actividades de esparcimiento. No deje de salir con sus amigos/as, ir al cine, etc.*
- *Sobre todo, no se avergüence de sus sentimientos por negativos que éstos sean, ni se los guarde para sí, y si se siente sobrepasado/a por ellos, pida ayuda profesional.*
- *Cuide su dignidad, no deje que le compadezcan, ni que le tengan por un superhéroe por atender a su hijo/a. Busque siempre la verdad de los profesionales y no mentiras piadosas ni posibles futuros ilusorios.*

[Volver al Índice](#)

## **B. Tengo un amigo/a con Parálisis Cerebral, ¿cómo me puedo relacionar con él/ella?**

Las relaciones sociales fuera del hogar constituyen una fuente importante de bienestar y contribuye a incrementar la autoestima. Sin embargo, las personas con parálisis cerebral encuentran importantes barreras psicológicas (miedo al rechazo), arquitectónicas y urbanísticas (escaleras, socavones, etc.) o sociales que dificultan sus relaciones con los demás. Muchas personas no saben cómo deben comportarse con ellas, mostrando conductas inadecuadas, las evitan, las infantilizan, etc. Las dificultades para controlar las expresiones de la cara, articular las palabras o los movimientos involuntarios pueden convertirse para la persona que se va a acercar a ellas en mensajes contradictorios (no saber si le comprende o no), que complican aún más los problemas de comunicación de las personas con parálisis cerebral. El secreto para mantener unas buenas relaciones sociales es la naturalidad, recordar que, al margen de las limitaciones de la PC, se trata de personas con los mismos sentimientos, alegrías y tristezas que el resto de las personas.

En el siguiente cuadro se recogen una serie de recomendaciones para relacionarse y comunicarse con personas con PC:

## **¡Seamos amigos! Como relacionarse con una persona con Parálisis Cerebral.**

- *Cuando te presenten a una persona con parálisis cerebral, estará muy bien que le estreches la mano o le des un beso. Las personas con dificultades para utilizar las manos o los brazos también pueden estrechar su mano derecha, y si no puede, coge su mano izquierda.*
- *Trata a tus amigos/as con parálisis cerebral del mismo modo en que tratas a cualquier otro amigo. No lo infantilices tratándolo como si fuera un niño/a o a una persona incapaz.*
- *Cuando tengas que hablar con tu amigo/a y éste/a vaya en silla de ruedas, siéntate en frente de él/ella, poniéndote al mismo nivel de sus ojos, así él/ella no tendrá que levantar su mirada y echar la cabeza hacia atrás para verte. Esto es muy incómodo.*
- *La silla de ruedas constituye una extensión del cuerpo de la persona. No te apoyes en ella, especialmente, si no la conoces, ni la muevas sin permiso.*
- *Empujar una silla de ruedas no es mover el carro del supermercado. Cuando estés empujando una y te pares a hablar con alguien, dale la vuelta para que la persona con parálisis cerebral también pueda participar en la conversación.*
- *Empuja la silla con cuidado. Presta atención para no atropellar a quienes caminan delante. Para subir desniveles, inclina la silla hacia atrás para levantar las rueditas delanteras y apoyarlas sobre la elevación. Para bajar un escalón, es más seguro hacerlo hacia atrás. Si va a subir o bajar una escalera, pide ayuda.*
- *Si caminas acompañando a alguien que anda despacio, con auxilio de muletas y bastones o no, procura ir a su ritmo.*
- *Mantén las muletas o bastones siempre al alcance de la persona con parálisis cerebral.*
- *Pon toda tu atención cuando estés hablando con una persona con dificultades para articular las palabras. Escúchala con cuidado, ten paciencia, no le interrumpas y espera a que termine lo que tiene que decir.*
- *No intentes dar la impresión de que le has comprendido si no ha sido así. Repite lo que crees que ha querido decir y espera a que él/ella te diga más. Ya verás como al cabo de un rato puedes entender con mayor facilidad lo que te está contando.*
- *Antes de precipitarte a ayudarle/a, cuando veas que va a hacer algo con dificultad, pregúntale si quiere o necesita tu ayuda. Si te contesta "Sí", pídele que te explique como puedes ayudarle y, después, haz lo que te ha dicho.*
- *Cuando le propongas salir fuera de casa, al cine, a una cafetería, a tu casa... infórmate antes si el sitio es accesible, si no hay barreras arquitectónicas.*

- *Respetar el ritmo de las personas con parálisis cerebral, normalmente son más lentas en lo que hacen: andar, hablar, tomar las cosas...*
- *No te intimides con los movimientos involuntarios de brazos y piernas, ni con las expresiones extrañas del rostro de las personas con PC. Recuerda que se trata de personas como tú, generalmente, tienen inteligencia normal y, a veces, por encima de la media.*

[Volver al Índice](#)

## **8. Principales Líneas de Investigación.**

---

### **A Investigación de las causas y procesos implicados en la Parálisis Cerebral.**

⇒ *Investigación de los procesos de formación y desarrollo cerebral.*

La investigación de las causas de la PC está estrechamente relacionada con el estudio de la formación del cerebro. Después de numerosas investigaciones dentro de esta línea, se ha podido constatar que un número significativo de niños sufre parálisis cerebral debido a accidentes ocurridos en los primeros momentos del desarrollo cerebral. Descubrir el proceso de formación y especialización de las células del cerebro, así como la forma en que se localizan y forman conexiones entre sí permitirá estudiar métodos de prevención.

⇒ *Investigación de factores que amenazan el cerebro inmaduro.*

Esta línea de investigación busca determinar factores de riesgo que ponen en peligro el cerebro en proceso de desarrollo (problemas respiratorios, hemorragias cerebrales, convulsiones, etc.). La observación de los recién nacidos con problemas de respiratorios y de circulación, tratados con la técnica "oxigenación extracorpórea a través de membranas", ha permitido comprobar que este tratamiento incrementa el riesgo a sufrir problemas neurológicos a largo plazo, como la parálisis cerebral. Se están investigando, a lo largo de distintas etapas del desarrollo, niños/as que recibieron este tratamiento para determinar en qué momento se originó la parálisis cerebral y si ésta fue a causa de los problemas respiratorios o fue debida al tratamiento.

En otras investigaciones, se ha demostrado que las hemorragias cerebrales desencadenan descargas excesivas de glutamato. Esta sustancia química está implicada en la comunicación de los impulsos nerviosos, pero, si se sobrepasan ciertas cantidades, se produce la destrucción de las neuronas del cerebro.

⇒ *Investigación de la parálisis cerebral en los niños/as nacidos con un peso bajo.*

Existe una relación positiva entre la parálisis cerebral y el bajo peso al nacer, como en el caso de los niños/as prematuros. Se está investigando la influencia de determinados factores sobre los nacimientos ocurridos antes de término, como infecciones, problemas hormonales o genéticos. A partir de los resultados de estos estudios, se podrán desarrollar medicamentos que demoren el parto sin poner en peligro al feto e instrumentos que mejoren el cuidado de los niños/as prematuros.

Actualmente se está estudiando si el tratamiento con sulfato de magnesio antes del parto de las madres de niños/as prematuros reduce el riesgo de padecer PC. Aunque faltan investigaciones que ratifiquen los resultados obtenidos, todo parece apuntar que esta sustancia podría prevenir un 25% de los casos de PC en los nacimientos antes de término.

[Volver al Índice](#)

## **B Investigación de posibles tratamientos de la Parálisis Cerebral.**

La investigación sobre la eficacia de los tratamientos utilizados en la parálisis cerebral ofrece resultados alentadores para quienes se enfrentan con ella y tienen que elegir el modo de intervención más adecuado.

⇒ *Investigación de la rizotomía.*

La rizotomía selectiva de la raíz dorsal es una técnica quirúrgica indicada para reducir la espasticidad (*Véase más arriba*). Investigadores norteamericanos están investigando el tipo de pacientes para el cual es más idóneo esta cirugía.

⇒ *Investigación de la terapia física.*

Las distintas terapias físicas ([Véase apartado sobre tratamientos](#)) son las modalidades de tratamiento más utilizadas en la PC. Sin embargo, se dispone de muy poca evidencia científica sobre la eficacia de tales tratamientos o acerca de cual es el más indicado. Actualmente, se están realizando estudios comparativos que contrastan las habilidades de los niños/as que han recibido terapia física con aquellos sometidos a otros tratamientos o no reciben ninguno.

⇒ *Investigación de medicamentos.*

Esta línea de investigación busca desarrollar fármacos que alivien los síntomas de la PC, así como la forma más adecuada de utilizar los medicamentos que ya están en el mercado. Así, se ha comprobado que el antiespástico baclofén es más eficaz administrado mediante inyecciones en la médula espinal que por vía oral. Igualmente, se ha verificado la validez de la inyección de pequeñas dosis de toxina botulínica en músculos específicos para reducir la espasticidad.

En el instituto [NINDS](#) Estados Unidos, se está poniendo mucho interés en la investigación de medicamentos eficaces y poco costosos para el tratamiento de las convulsiones y las crisis epilépticas. De las 13.000 sustancias estudiadas, cinco de ellas han arrojado resultados satisfactorios y ya están en el mercado: carbamazapina, clonacepam, valproato, cloracepato y felbamato. Actualmente se está investigando la posible relación entre la estructura del fármaco y su eficacia.

⇒ *Investigación de técnicas de localización cerebral para medir la eficacia de los tratamientos.*

La técnica de los "pulsos magnéticos" permite localizar las zonas del cerebro implicadas en el movimiento y, así, diseñar mapas cerebrales para acciones concretas. Esta técnica puede ser útil para comprobar la eficacia de los tratamientos, al comparar los mapas cerebrales antes y después de la terapia.

[Volver al Índice](#)

## 9. Recursos Sociales.

---

### Reconocimiento de Minusvalía.

Consiste en la valoración de las situaciones de minusvalía que presente una persona de cualquier edad, calificando el grado según el alcance de las mismas. El reconocimiento de grado de minusvalía puede solicitarse durante todo el año y se entenderá reconocido desde la fecha de solicitud.

Más información:

[http://imsersodiscapacidad.usal.es/mostrarficha.asp\\_Q\\_ID\\_E\\_193\\_A\\_fichero\\_E\\_0.1](http://imsersodiscapacidad.usal.es/mostrarficha.asp_Q_ID_E_193_A_fichero_E_0.1)

El establecimiento de un determinado grado de minusvalía, junto con el cumplimiento de determinados requisitos, puede dar derecho a una serie de medidas de protección social, entre las que cabe destacar las siguientes:

- ⇒ Pensiones no Contributivas de Invalidez.
- ⇒ Prestación familiar por hijo a cargo.
- ⇒ Orientación para ingresar en centros para personas con discapacidad.
- ⇒ Beneficios fiscales.
- ⇒ Tarjeta de estacionamiento para personas con discapacidad.
- ⇒ Otras.

⇒ *Pensión no Contributiva de Invalidez.*

La Pensión no Contributiva de Invalidez asegura a todos los ciudadanos en situación de invalidez y en estado de necesidad una prestación económica, asistencia médico-sanitaria gratuita y servicios sociales complementarios, aunque no se haya cotizado o se haya hecho de forma insuficiente para tener derecho a una pensión contributiva.

Los requisitos básicos para solicitarlos son:

- ⇒ Carecer de ingresos suficientes.
- ⇒ Tener 18 años ó más y menos de 65.
- ⇒ Residir en territorio español y haberlo hecho durante un período de cinco años, de los cuales dos han de ser consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de su solicitud.
- ⇒ Tener un grado de minusvalía igual o superior al 65%.

La gestión de las Pensiones no Contributivas de Invalidez le corresponde a los órganos competentes de las Comunidades Autónomas y a las Diputaciones Provinciales del IMSERSO de Ceuta y Melilla.

Más información:

<http://imsersodiscapacidad.usal.es/mostrardoc.asp?ID=&Fichero=&file=PNCI.html>

⇒ *Prestación familiar por hijo a cargo.*

Es una asignación económica que se reconoce por cada hijo a cargo de beneficiario, menor de 18 años o mayor afectado de minusvalía en grado igual o superior a 65%, cualquiera que sea su filiación, así como por los menores acogidos en acogimiento familiar, permanente o preadoptivo, siempre que no se supere el límite de ingresos establecido.

Más información:

<http://www.seg-social.es>

⇒ *Orientación para ingresar en centros.*

Entre los centros que están destinados a las personas con discapacidad, el IMSERSO dispone de cinco Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos (CRMF) y de cinco Centros de Atención de Minusválidos Físicos (CAMF).

- Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos (CRMF).

Los CRMF del IMSERSO son instituciones que disponen de un conjunto idóneo de instalaciones y profesionales destinados a facilitar la integración socio-laboral de aquellas personas que, por causas congénitas o adquiridas, tienen una discapacidad física y/o sensorial que les impide recibir una atención recuperadora en centros ordinarios.

Su ámbito de actuación es nacional, por lo que pueden acceder a ellos personas con discapacidad desde cualquier punto del territorio español.

Más información:

[http://imsersodiscapacidad.usal.es/mostrarficha.asp\\_Q\\_ID\\_E\\_185\\_A\\_fichero\\_E\\_0.1](http://imsersodiscapacidad.usal.es/mostrarficha.asp_Q_ID_E_185_A_fichero_E_0.1)

- Centros de Atención de Minusválidos Físicos (CAMF).

Son centros de ámbito nacional pertenecientes al IMSERSO, que tienen por finalidad la atención integral a los discapacitados físicos que, careciendo de posibilidades razonables de recuperación profesional, a consecuencia de la gravedad de su discapacidad, encuentran serias dificultades para conseguir una recuperación profesional o integración laboral y para ser atendidas en régimen familiar o domiciliario.

Más información:

[http://imsersodiscapacidad.usal.es/mostrarficha.asp\\_Q\\_ID\\_E\\_199\\_A\\_fichero\\_E\\_0.1](http://imsersodiscapacidad.usal.es/mostrarficha.asp_Q_ID_E_199_A_fichero_E_0.1)

⇒ *Beneficios Fiscales.*

Las personas que tienen reconocida oficialmente su minusvalía pueden disfrutar de beneficios fiscales en los siguientes impuestos:

- Impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF).
- Impuesto sobre sociedades (IS).
- Impuesto sobre el valor añadido (IVA).
- Impuesto especial sobre determinados medios de transporte (IEDMT).
- Impuesto sobre vehículos de tracción mecánica.

Más información en la Agencia Tributaria:

<http://www.aeat.es>

⇒ *Tarjeta de estacionamiento para personas con discapacidad.*

Se trata de un documento acreditativo de la persona con certificado de minusvalía que, además, presenta movilidad reducida o conductas agresivas o molestas de difícil control que dificulten la utilización de medios normalizados de transporte razón por la que le es necesario disfrutar de unos derechos especiales en materia de circulación y estacionamiento de vehículos.

La tarjeta y su señal distintiva, colocada en lugar visible, permite que los vehículos ocupados por su titular puedan aparcar en los espacios reservados a tal efecto y disfrutar de las ventajas que sobre estacionamiento y aparcamiento establezcan los ayuntamientos a favor de las personas con discapacidad.

Más información:

[http://imsersodiscapacidad.usal.es/mostrarficha.asp\\_Q\\_ID\\_E\\_201\\_A\\_fichero\\_E\\_0.1](http://imsersodiscapacidad.usal.es/mostrarficha.asp_Q_ID_E_201_A_fichero_E_0.1)

⇒ *Otras.*

- Bonotaxi.
- Solicitud de ayudas públicas.
- Reducciones en medios de transporte.
- Otras ayudas y servicios para el colectivo de personas con discapacidad que se contemplen en los organismos competentes en materia de Servicios Sociales, ya sean autonómicos, municipales o estatales.

### **Prestaciones Sociales y Económicas de la LISMI.**

La Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), desarrollada en el Real Decreto 383/1984, establece un sistema especial de prestaciones económicas y técnicas. Estas prestaciones se dirigen a personas con minusvalía que por no desarrollar una actividad laboral,

no están incluidas en el campo de aplicación de la Seguridad Social, configurándose como prestaciones de derecho y compatibles entre sí; en concreto:

- Asistencia Sanitaria y Prestación Farmacéutica (ASPF).
- Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos (SGIM).
- Subsidio por Ayuda de Tercera Persona (SATP).
- Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte (SMGT).

En la actualidad, sólo pueden solicitarse el SMGT y la ASPF, ya que la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que establecen en la Seguridad Social Prestaciones no Contributivas, suprimió los subsidios de Garantía de Ingresos Mínimos (SGIM) y por Ayuda de Tercera Persona (SATP), si bien sus beneficiarios pueden continuar con el percibo de los mismos salvo que opten por pasar a una prestación no contributiva.

La gestión de las Prestaciones Sociales y Económicas de la LISMI le corresponde a los órganos competentes de las Comunidades Autónomas y a las Diputaciones Provinciales del IMSERSO de Ceuta y Melilla.

Más información:

[http://imsersodiscapacidad.usal.es/mostrarficha.asp\\_Q\\_ID\\_E\\_180\\_A\\_fichero\\_E\\_0.1](http://imsersodiscapacidad.usal.es/mostrarficha.asp_Q_ID_E_180_A_fichero_E_0.1)

### **Consejerías de Servicios Sociales/Bienestar Social.**

En 1998 culminó el proceso de transferencia de los Servicios Sociales a las Comunidades Autónomas. Desde ese momento, el IMSERSO sólo tiene competencias de gestión directa, en materia de discapacidad, en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, así como los Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos y los Centros de Atención de Minusválidos Físicos.

A continuación se recoge la dirección de las consejerías de servicios sociales/bienestar social, así como las direcciones WEB de los órganos de gobierno de cada Comunidad Autónoma.

*Andalucía.*

Avda. Hytasa, 14.

41071 SEVILLA.

Telf: 95 504 80 00

Fax: 95 504 82 34

WEB: <http://www.juntadeandalucia.es>

*Aragón:*

Pº María Agustín, 36.

50071 ZARAGOZA

Telf: 976 40 00/49 02

WEB: <http://portal.aragob.es>

*Asturias.*

General Elorza, 35

33071 OVIEDO

Telf: 98 510 55 00/65 71

WEB: <http://www.princast.es>

*Baleares*

Plza. Obispo Berenguer de Palou, 10

07003 PALMA DE MALLORCA

Telf: 971 17 74 00

Fax: 971 17 74 10

WEB: <http://www.caib.es>

*Canarias.*

Leoncio Rodríguez, 7 5ª plta.

Edif. El Cabo

38071 SANTA CRUZ DE TENERIFE.

Telf: 922 47 70 00/05/10

Fax: 922 22 91 47

WEB: <http://www.gobcan.es>

*Cantabria.*

Marqués de la Hermida, 8

39009 SANTANDER

Telf: 942 20 77 05/82 40

Fax: 942 20 77 06

WEB: <http://www.cantabria.org>

*Castilla La Mancha*

Avda. de Francia, 4

45071 TOLEDO

Telf: 925 26 72 33/70 99

Fax: 925 26 71 54

WEB: <http://www.jcm.es>

*Castilla y León.*

Avda. de Burgos, 5

47071 VALLADOLID.

Telf: 983 41 36 00

WEB: <http://www.jcyl.es>

*Cataluña*

Información en la página WEB siguiente:

<http://www.gencat.net>

*Comunidad Madrid.*

Alcalá,63

28071 MADRID

Telf: 91 720 00 00/04 06-7-9

Fax: 91 521 77 81

WEB: <http://www.comadrid.es>

*Comunidad de Valencia*

Pº Alameda, 16

46010 VALENCIA

Telf: 96 386 67 00

Fax: 96 386 67 09

WEB: <http://www.gva.es>

*Extremadura*

Pº de Roma, s/n

06800 Mérida. BADAJOZ.

Telf: 924 00 59 29

Fax: 924 00 60 56

WEB: <http://www.juntaex.es>

*Galicia.*

Edif. Administrativo San Lázaro.

15703 Santiago de Compostela. A CORUÑA

Telf: 981 54 69 67

Fax: 981 54 36 36

WEB: <http://www.xunta.es>

*Navarra*

Avda. Carlos III, 2

31071 PAMPLONA

Telf: 948 42 70 00

Fax: 948 42 78 10

WEB: <http://www.navarra.es>

*País Vasco*

Duque de Wellintong, 2

01010 VITORIA

Telf: 945 01 80 00/64 02

WEB: <http://www.euskadi.net>

WEB de las Diputaciones Forales Vascas.

Álava: <http://www.alava.net>

Guipúzcoa: <http://www.gipuzkoa.net>

Vizcaya: <http://www.bizkaia.net>

*Región de Murcia.*

Avda. de la Fama, 3

30071 MURCIA

Telf: 968 36 26 42/3

Fax: 968 36 62 19

WEB: <http://www.carm.es>

*La Rioja*

Vara del Rey, 3

26071 LOGROÑO

Telf: 941 29 11 00

Fax: 941 29 12 25

WEB: <http://www.calarioja.es>

## **Consejerías de Salud.**

La siguiente Dirección Web recoge las direcciones de las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas:

<http://www.terra.es/personal/duenas/directo.htm>

## **Información y asesoramiento sobre Ayudas Técnicas.**

El IMSERSO dispone de un centro en el que se puede disponer información y asesoramiento acerca de las ayudas técnicas, el Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT). Su finalidad es potenciar la accesibilidad integral y el desarrollo de la tecnología.

Promueve el perfeccionamiento de las Ayudas Técnicas y el Diseño para Todos, con el fin de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, con especial apoyo a las personas con discapacidad y personas mayores.

Dirección:

C/ Extremeños, 1.

28018 MADRID.

Telf: 91 363 48 00

Teléfono de texto: (91) 778 90 64

Fax: (91) 778 41 17

Correo electrónico: [ceapat@mtas.es](mailto:ceapat@mtas.es)

WEB: <http://www.ceapat.org/>

## **Más Información:**

La Página WEB del IMSERSO, en su apartado de Discapacidad, recoge información de interés para las personas discapacitadas en la siguiente dirección:

[http://www.seg-social.es/imserso/discapacidad/i0\\_index.html](http://www.seg-social.es/imserso/discapacidad/i0_index.html)

Una vez concluido el proceso de transferencias en materia de Servicios Sociales a las Comunidades Autónomas, al IMSERSO sólo le quedan competencias de gestión directa en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Las direcciones postales de las direcciones provinciales de estas ciudades son las siguientes:

*Ceuta.*

Pza. de África, s/n

51701 CEUTA

Telf: 956 52 82 00

Fax: 956 51 44 70

*Melilla*

Pza. de España, 1

Telf: 952 69 91 00/93 01

[Volver al Índice](#)

## **10. Movimiento Asociativo.**

---

### **A Movimiento Asociativo Nacional.**

**FAMMA (Federación de Asociaciones de Minusválidos Físicos de la Comunidad de Madrid)**

**Dirección**

Galileo, nº 69  
28015 MADRID

**Teléfono**

91 593 35 50

**Fax**

91 593 92 43

**Página Web:** <http://www.famma.org/>

**ACUARIO (Asociación de parálíticos cerebrales y amigos)**

Dirección

C/ Galileo, 69, 1º

28015 Madrid

**Teléfono**

91 593 35 50

**Fax**

91 593 92 43

Página Web: <http://www.famma.org/asociaciones/acuario.htm>

**AMAPPACE (Asociación Malagueña de Padres de Paralíticos Cerebrales)**

**Dirección**

C/ Demóstenes, nº 29

(Campus de Teatinos)

29010 Málaga

**Teléfono**

952 61 09 02 / 952 27 41 03

**Fax**

952 39 59 39

**Correo Electrónico**

[amappace@activanet.es](mailto:amappace@activanet.es)

[gusmovil@activanet.es](mailto:gusmovil@activanet.es)

Página Web: <http://www.activanet.es/ong/amappace/>

**AMENCER (Asociación de Padres de Paralíticos Cerebrales) (Pontevedra)**

**Dirección**

Iglesias Vilarelle, s/n

36001 Pontevedra

**Teléfono**

98 686 46 43

**Fax**

98 686 46 43

**Correo Electrónico**

[amencer@ctv.es](mailto:amencer@ctv.es)

Página Web: <http://www.ctv.es/USERS/amencer/>

**AMPACE Madrid**

**Dirección**

C/ Álvarez, 21 Local

28029 Madrid

**Teléfono**

91 378 80 75

**APACE BURGOS (Asociación de Parálisis Cerebral y Enfermedades Afines de Burgos)**

**Dirección**

C/ Gloria Fuertes

09003 Burgos

**Teléfono**

947 46 20 04

**Fax**

947 46 20 11

**Correo Electrónico**

[apaceburgos@jazzfree.com](mailto:apaceburgos@jazzfree.com)

**APACE Talavera (Asociación de Parálisis Cerebral)****Dirección**

C/ Del Pilar, 55

Urbanización "El Potrero".

45600 Talavera de la Reina (Toledo)

**Teléfono**

92 580 57 26

**Fax**

92 580 98 33

**Correo Electrónico**

[apacetalavera@ole.co](mailto:apacetalavera@ole.co)

**APACE Toledo (Asociación de Parálisis Cerebral)****Dirección**

Retamosillo, 3

45007 Toledo

**Teléfono**

92 523 30 30

**Fax**

92 523 30 30

**APSURIA****Dirección**

Asura, 134

28043 Madrid

**Teléfono**

91 388 74 23

**Fax**

91 300 58 04

**Correo Electrónico**

[adm@apsuria.org](mailto:adm@apsuria.org)

**Página Web:** <http://www.apsuria.org/indexframes.htm>

## **Asociación Cántabra de Atención a la Parálisis Cerebral (ASPACE)**

### **Dirección**

Grupo María Blanchard, nº 13, Bajo  
39012 Santander

### **Teléfono**

942 33 88 93 / 942 33 21 47 / 942 34 69 98

### **Fax**

942 33 21 47

### **Correo Electrónico**

[aspace@mundivia.es](mailto:aspace@mundivia.es)

## **Asociación de Parálisis Cerebral de Almería (ALPACE)**

### **Dirección**

Avda. Juan Bonachere, 26/ G.B. L4  
04740 Roquetas de Mar (Almería)

### **Teléfono**

950 32 61 27

### **Fax**

950 32 39 34

### **Correo Electrónico**

[alpace@cajamurcia.es](mailto:alpace@cajamurcia.es)

## **Asociación ESCLAT**

### **Dirección**

Anglesola, 46  
08014 Barcelona

### **Teléfono**

93 439 36 88

### **Fax**

93 455 54 35

### **Correo Electrónico**

[esclat@suport.org](mailto:esclat@suport.org)

## **Asociación NORA**

### **Dirección**

Alcalde Parrondo, 4  
33510 Pola de Siero - Asturias

### **Teléfono**

985 72 48 11

**Correo Electrónico**

[asnorasiero@jazzfree.com](mailto:asnorasiero@jazzfree.com)

**Página Web:** <http://www.terra.es/personal6/asnora/flash.html>

**Asociación Universitaria de Alumnos con Parálisis Cerebral (AUPACE), de la Universidad Complutense de Madrid**

**Dirección**

AUPACE, Universidad Complutense

José M<sup>a</sup> Fernández Villalta

Duque de Sevilla, 18, 3º B

28002 Madrid

**Teléfono**

91 562 79 82; 91 521 77 11

**Correo Electrónico**

[j.fernandez@inode.es](mailto:j.fernandez@inode.es)

[aupace@redar.net](mailto:aupace@redar.net)

**Página Web:** <http://www2.kpnqwest.es/InterStand/discapacidad/aupace.htm>

**ASPACE Ávila (Asociación de Parálisis Cerebral y patologías afines)**

**Dirección**

Plaza de las Vacas, 8, Bajo

05003 Ávila

**Teléfono**

920 25 63 94 / 689 76 22 81

**Fax**

920 35 21 65

**Correo Electrónico**

[aspaceavila@jazzfree.com](mailto:aspaceavila@jazzfree.com)

**Página Web:** <http://www.aspaceavila.org/>

**ASPACE Cantabria**

**Dirección**

Avda. Cardenal Herrera Oria, 102, 1C 390011 Santander

**Teléfono**

942 338 893

**Fax**

942 332 147

**Correo Electrónico**

[correo@spacecantabria.org](mailto:correo@spacecantabria.org)

Página Web: <http://www.aspacecantabria.org>

**ASPACE Huesca (Asociación de Parálíticos Cerebrales) "S.A.R. Don Juan de Borbón"**

**Dirección**

Ctra. Grañén, s/n.

22196 Huesca

**Teléfono**

97 422 79 62

**Fax**

97 422 55 13

**Correo Electrónico**

[aspacehuesca@teleline.es](mailto:aspacehuesca@teleline.es)

**ASPACE Rioja (Asociación de Parálíticos Cerebrales)**

**Dirección**

ASPACE-RIOJA (Asociación de Parálíticos Cerebrales) Avda. Lobete, 13-15. 26004 Logroño

**Teléfono**

941 26 19 10

**Fax**

941 26 18 48

**Correo Electrónico**

[asociacion@aspace-rioja.com](mailto:asociacion@aspace-rioja.com)

Página Web: <http://www.aspace-rioja.com>

**ASPACECIRE Ciudad Real (Asociación para la ayuda a personas con parálisis cerebral y síndromes afines de Ciudad Real)**

**Dirección**

C/ De la Cierva, 1, bajo E.

13004 Ciudad Real

**Teléfono**

926 22 89 01

**Fax**

926 22 89 01

**ASPACYS (Asociación Cordobesa de Parálisis Cerebral y otras Afecciones Similares)**

**Dirección**

C/ Rodolfo Gil, 6

14005 Córdoba

**Teléfono**

957 45 37 84 / 957 45 37 71

**Fax**

957 41 24 28

**Página Web:** <http://www2.kpnqwest.es/InterStand/discapacidad/asociaci.htm#ASPACYS>

**ASTRAPACE****Dirección**

ASTRAPACE Vicente Aleixandre, 11, B. 30011 Murcia

**Teléfono**

96 834 00 90

**Fax**

96 834 44 77

**Correo Electrónico**

[astrapace@fordigital.es](mailto:astrapace@fordigital.es)

**Página Web:** <http://www.ctv.es/USERS/aldocumentacion/webastrapace/>

<http://fast.to/astrapace>

**ASTUS (Asociación Tutelar del Minusválido)****Dirección**

Avda. Reina Victoria, 34, 1º A.

30204 Cartagena (Murcia)

**Teléfono**

968 50 49 71

**Fax**

968 50 46 03

**Correo Electrónico**

[astus@arrakis.es](mailto:astus@arrakis.es)

**Página Web:** <http://webs.ono.com/usr000/astus/>

**ATENPACE (Asociación de Padres de Paralíticos Cerebrales)****Dirección**

Islas Marquesas, 27

28035 Madrid

**Teléfono**

91 316 32 15

**Fax**

91 316 74 46

**Correo Electrónico**

[atenpace@inicia.es](mailto:atenpace@inicia.es)

Página Web: <http://www.inicia.es/de/atenpace/>

### **AVAPACE (Asociación Valenciana de Ayuda a la Parálisis Cerebral)**

**Dirección**

AVAPACE (Asociación Valenciana de Ayuda a la Parálisis Cerebral) Convento "Carmelitas", 6,  
Bajo. 46010 Valencia

**Teléfono**

96 360 44 37

**Fax**

963 610 977

**Correo Electrónico**

[avapace1@terra.es](mailto:avapace1@terra.es)

### **CADES Centro de Atención Diurna Especializada (Asociación ESCLAT)**

**Dirección**

Rambla de la Muntanya, 59

08041 Barcelona

**Teléfono**

93 450 11 50

**Fax**

93 456 37 22

### **Confederación ASPACE Castilla La Mancha (Asociación de Parálíticos Cerebrales)**

**Dirección**

Retamosillo, 13

45007 Toledo

**Teléfono**

92 523 30 30

**Fax**

92 523 30 30

**Correo Electrónico**

[tsocial@confederacionaspace.org](mailto:tsocial@confederacionaspace.org)

### **Confederación Española de Federaciones y Asociaciones de Atención a las personas con Parálisis Cerebral y Afines (ASPACE)**

**Dirección**

C/ General Zabala, 29

28002 Madrid

**Teléfono**

91 561 40 90

**Fax**

91 563 40 10

**Correo Electrónico**

[tsocial@confederacionaspace.org](mailto:tsocial@confederacionaspace.org)

**Página Web:** <http://www.aspace.org>

**ESCLAT, Sección Deportiva**

**Dirección**

Pasaje de Llivia, 64

08041 Barcelona

**Teléfono**

93 455 54 35

**FEAPS-Región de Murcia (Federación de Organizaciones en Favor de las Personas con Discapacidad Psíquica y Parálisis Cerebral)**

**Dirección**

C/ Emigrante 1, Bajo

30009 Murcia

**Teléfono**

968 28 18 01

**Fax**

968 28 18 00

**Correo Electrónico**

[feaps@feapsmurcia.org](mailto:feaps@feapsmurcia.org)

**Página Web:** <http://www.feapsmurcia.org>

**FEPROAMI**

**Dirección**

Cruz Verde, 73

11510 Puerto Real (Cádiz)

**Teléfono**

956 47 46 20

**Fax**

956 47 46 20

**Correo Electrónico**

[mcorralesp@nexo.es](mailto:mcorralesp@nexo.es)

## **Fundación Catalana por la Parálisis Cerebral**

### **Dirección**

Hotel d' Entitats de La Pau  
Pere Vergés, 1. Despacho 9.4  
08020 Barcelona

### **Teléfono**

93 313 36 66

### **Fax**

93 313 19 23

### **Correo Electrónico**

[fcpc@email.com](mailto:fcpc@email.com)

**Página Web:** <http://get.to/fcpc>

## **Residencia El Cobijo (ASTUS)**

### **Dirección**

Centro de Rehabilitación Virgen de la Caridad  
Reina Victoria, 34  
Cartagena. Murcia

### **Teléfono**

968 50 49 71

## **Servicio de Orientación e Integración Laboral, ASTUS (Asociación Tutelar del Minusválido)**

### **Dirección**

Avda. Reina Victoria, 34, 1º A.  
30204 Cartagena (Murcia)

### **Teléfono**

968 50 49 71 / 678 633 716

### **Fax**

968 50 46 03

### **Correo Electrónico**

[servicioempleo@ono.com](mailto:servicioempleo@ono.com)

## **U.PA.CE. Jerez (Unión Parálisis Cerebral Jerez)**

### **Dirección**

Avda. Alc. Alvaro Domecq 18, 4º A.  
11405 Jerez de la Frontera (Cádiz)

### **Teléfono**

956 18 07 22

**Fax**

956 18 03 85

**Correo Electrónico**

[upacejerez@wanadoo.es](mailto:upacejerez@wanadoo.es)

**Página Web:** <http://perso.wanadoo.es/upacejerez/>

[Volver al Índice](#)

## **B Movimiento Asociativo Internacional.**

⇒ *UCPnet (United Cerebral Palsy Associations, Inc.)*

La Asociación de Parálisis Cerebral norteamericana (United Cerebral Palsy Associations –UCP–) cuenta con una red de más de 140 asociaciones afiliadas. Es una organización sin ánimo de lucro cuyo fin es la integración de las personas con parálisis cerebral en todos los ámbitos de la sociedad. A través de su web podemos acceder a una variedad de información y de enlaces con diversa información sobre: educación, alojamiento, empleo, entre otras categorías.

**United Cerebral Palsy Associations, Inc (UCP)**

1660 L Street, NW, Suite 700

Washington DC 20036

(202) 776-0406

(800) 872-5827

**Dirección WEB:** [http://www.ucp.org/ucp\\_general.cfm/1/3](http://www.ucp.org/ucp_general.cfm/1/3)

[Volver al Índice](#)

## 11. Direcciones y Enlaces de Interés.

---

⇒ *Enlaces de Discapacidad. Ayudas Técnicas.*

Página que recoge enlaces sobre Ayudas Técnicas, catálogos, ortopedias, etc.

**Dirección Web:** [http://www.imagina.org/enlaces/ldis\\_ayt.htm](http://www.imagina.org/enlaces/ldis_ayt.htm)

⇒ *American Academy of Neurology (Academia Americana de Neurología)*

**Dirección Web:** <http://www.aan.com>

⇒ *Cerebral Palsy: A multimedia tutorial for children and parents*

Página en Inglés que se configura como un tutorial destinado a aclarar las dudas de padres y familiares de niños/as con parálisis cerebral.

**Dirección Web:** <http://www.people.virginia.edu/~smb4v/tutorials/cp/cp.htm>

⇒ *Institute for Medical Rehabilitation*

Página web del Instituto para la rehabilitación médica, que se dedica al tratamiento y rehabilitación de personas de todas las edades que sufren parálisis cerebral. Este instituto ofrece terapias físicas basadas en el "Método Kozijavkin", que combina distintas técnicas terapéuticas, como terapia de reflejo, biomecánica de la columna vertebral, cultura física medicinal, etc. Estas técnicas buscan la estimulación de las posibilidades compensatorias del organismo y la activación de la plasticidad del cerebro. Se trata de un sistema de tratamiento que complementa a las otras técnicas.

En su página también se ofrece más información sobre las actividades que realizan.

**Dirección Web:** <http://www.reha.lviv.ua/>

⇒ *PC Peques.*

Esta página web recoge temas relacionados con la parálisis cerebral y los niños/as. Se proporciona amplia información sobre la parálisis cerebral, especialmente, durante la infancia. La página se estructura en las siguientes secciones: qué es la parálisis cerebral; qué es la

disonía; Problemas del lenguaje; Más información; Artículos; Historias; Enlaces; Recursos; Educación Inclusiva; Mailing Lists; Forum y Chat.

Dirección Web: <http://perso.wanadoo.es/ccristia/>

⇒ *Hijos Especiales.*

Foro sobre Parálisis Cerebral que ofrece abundante información, bibliografía, lecturas preciosas y una lista de correos única. Desde este foro se puede acceder a enlaces de interés estructurados en las siguientes áreas:

- Información general
- Terapias y centros de tratamiento (Toxina botulínica)
- Asociaciones y Escuelas de Padres
- Educación
- Software
- Sanidad
- Teletrabajo
- Ayudas técnicas
- Deportes para todos
- Accesibilidad

Dirección Web: <http://www.uv.es/hijos-esp/>

⇒ *ACCESO*

Web de la Universidad de Valencia sobre la parálisis cerebral donde se recogen enlaces y recursos.

Dirección Web: <http://acceso.uv.es/paginas/pci/>

⇒ *Proyecto Genysi*

Web especializada en Atención Temprana, donde se recogen recursos e información sobre los tratamientos en la primera infancia.

Dirección Web: <http://paidos.rediris.es/genysi/>

⇒ *Cerebral Palsy Links.*

Página en inglés en la que se incluyen enlaces con páginas Webs dedicadas a PC.

Dirección Web: <http://www.comedserv.com/cp.htm>

⇒ *N.A.C.D. - National Academy for Child Development.*

Organización Internacional de Padres y Profesionales dedicada a ayudar a que los niños/as adquieran su máximo potencial. La página Web está en inglés y recoge información acerca de investigación, programas, etc.

Dirección Web: <http://www.nacd.org/>

⇒ *Conductive-ed.org.uk.*

Web en inglés que recoge información sobre "Conductive Education – CE" en Gran Bretaña. La Educación Conductiva es un sistema de aprendizaje, desarrollado por el profesor Andras Pëto, en Budapest (Hungría), destinado a la rehabilitación de las personas con alteraciones neurológicas, especialmente, las que tienen PC. El programa va dirigido tanto a los problemas de movilidad como a los de aprendizaje.

Dirección Web: <http://www.conductive-ed.org.uk/>

⇒ *Sunrise Medical.*

División española de la empresa multinacional dedicada a la comercialización de ayudas técnicas para personas discapacitadas o con movilidad reducida.

Dirección Web: <http://www.sunrisemedical.es/index.jsp>

⇒ *Material de Estimulación Sensorial*

Página con información sobre material de estimulación sensorial

Dirección Web: <http://www.xtec.es/~itapia/>

⇒ *Recursos para la Enseñanza*

*El Racó del Clic* - Enlace interesantísimo donde puede bajarse el programa "Clic" y algunas actividades para el mismo. (en varias lenguas)

Dirección Web: <http://www.xtec.es/recursos/clic/index.htm>

⇒ *Delfinoterapia.*

Esta pagina explica en qué consiste la delfinoterapia, sus beneficios e indicaciones.

Dirección Web: <http://www.upseros.com/comunidad/helena/delfinoterapia.htm>

⇒ *Centro de Parálisis Cerebral (Argentina).*

El Centro de Parálisis Cerebral es una entidad de Bien Público de la República Argentina, sin ánimo de lucro, que está adherida a la Asociación Internacional de Parálisis Cerebral de Londres. Fue fundado en 1981 por un grupo de padres y madres de niños/as con parálisis cerebral, amigos/as y profesionales especializados, motivados por la escasa información que sobre esta afección había entonces en Argentina.

Los servicios que ofrece el Centro de Parálisis Cerebral son:

- Atención directa a los pacientes.
- La capacitación de profesionales.
- La difusión de la parálisis cerebral en la sociedad.
- Un Centro de Día.

Dirección Web: <http://www.cpc.org.ar/>

⇒ *FUNDACIÓN AFFINITY.*

Entre otras funciones, está su colaboración con entidades relacionadas con la educación especial para impartir terapias asistidas por animales de compañía.

Dirección Web: <http://www.fundacion-affinity.org/index1024.htm>

⇒ *Clínica Neurológica de Fisioterapia. Centro de Formación Bettina Bobath.*

La página ofrece información sobre cursos, publicaciones, enlaces, noticias, etc. relacionados con el método Bobath.

En la **Clínica Neurológica** se realizan tratamientos de fisioterapia neurológica y terapia ocupacional según el concepto **Bobath**.

**Clínica Neurológica de Fisioterapia. Centro de Formación en Bobath Bettina Paeth Rohlfs**

C/ Asturias 1,

E-08190 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

**Teléfono y Fax:** 93 675 35 46

**Correo Electrónico:** [bettina@bobath-es.com](mailto:bettina@bobath-es.com)

**Dirección WEB:** <http://www.bobath-es.com/>

⇒ *National Dissemination Center for Children with Disabilities (NICHY)*

Este centro divulga información acerca de diferentes discapacidades, entre ellas, la Parálisis Cerebral.

**NICHY**

P.O. Box 1492

Washington, DC 20013

(800) 695-0285 · v/tty

(202) 884-8441 · fax

**Correo Electrónico:** [nichcy@aed.org](mailto:nichcy@aed.org)

**Dirección WEB:** [www.nichcy.org](http://www.nichcy.org)

⇒ *BRAIN*

La Unidad de Recursos Neurológicos y Red de Información del Instituto ofrece información sobre los programas investigación del NINDS (organismo norteamericano que apoya programas de investigación sobre el cerebro y el sistema nervioso y, por extensión, de las patologías nerviosas). Su página WEB recoge información sobre la parálisis cerebral y enlaces de interés:

**BRAIN**

P.O. Box 5801

Bethesda, MD 20824

**Tel:** (800) 352-9424

[www.ninds.nih.gov](http://www.ninds.nih.gov)

⇒ *Psicoballet de Maite León.*

C/ Vizconde de los Asilos, 5  
( 28.027 ) Madrid

**Teléfono:** 91 / 74 22320

Pamplona

C / Río Alzonia, 20. Bajo Trasera

**Teléfono:** 948/ 234108

[Volver al Índice](#)

## 12. Bibliografía.

---

### Libros.

- Acción Médica. *Temas de actualidad en parálisis cerebral: enfoque basado en la evidencia sobre opciones terapéuticas. Manejo moderno de la espasticidad en el adulto: un planteamiento basado en la evidencia* (2001)
- Alberte Castiñeiras José Ramón, dir. *Educación e inserción socio-laboral de personas con discapacidades* (1999)
- Aldea, Marisa, *Manual del auxiliar técnico educativo* (2002)
- Alur, Mithu, *Comprehensive services for severely multiply handicapped children and adults: the 16th world Congress of Rehabilitation International, 1988*, (1988)
- Asociación Granadina de Atención a Personas con Parálisis Cerebral. *Soy paralítico cerebral: libro-guía* (2004)
- Asociación Navarra de Ayuda a la Parálisis Cerebral. *El camino de Santiago* (2002)
- Asociación Navarra de Ayuda a la Parálisis Cerebral. *Normaliza* (2001)
- Asociación Navarra de Ayuda a la Parálisis Cerebral. *Pinta y colorea los deportes paralímpicos* (2001)
- Bautista Rafael. *Necesidades educativas especiales* (1993)
- Bobath, Berta. *Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral* (1994)
- Bobath, Karel, *Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral* (1982)
- Botella Amengual, Elena, *L'esport en la paràlisi cerebral* (1992)
- Buil Baena, Manuel, *Acercamiento a las Minusvalías: Su implicación y problemática médica. Cuidados Higiénico-Sanitarios* (2001)
- C.G.M. Servicios Empresariales, S.L. *Detección de la parálisis cerebral en el primer año de vida. Temario* (2004)

- Carenas, Francina *Juegos vivenciados: niños con parálisis cerebral* (1999)
- Confederación ASPACE, *Atención educativa a las personas con parálisis cerebral y discapacidades afines* (2003)
- Confederación ASPACE, *Los centros especiales de empleo: en una asociación de atención a personas con parálisis cerebral y afines / Confederación ASPACE* (2002)
- Confederación ASPACE, *Manual de intervención socio-familiar* (2003)
- Confederación ASPACE, *Un modelo de residencia en una asociación de atención a personas con parálisis cerebral y afines* Confederación ASPACE (2003)
- Coordinadora de tallers per a minusvàlids psíquics. *Jornades de Tallers per a Disminuïts Psíquics de Catalunya (14<sup>a</sup> . 1993. Sitges), Jornades de tallers per a disminuïts psíquics de Catalunya* (1994)
- Crickmay, Marie C., *Logopedia y el enfoque Bobath en parálisis cerebral* (1974)
- Cruickshank, William M., *The brain-injured child in home, school and community* (1971)
- Ezquerro, Esperanza. *Guía didáctica para escolares con parálisis cerebral, daño cerebral y síndromes afines* (1999)
- F. de Barbot... [et al.] *Pour une meilleure intégration scolaire des enfants IMC: l'importance des premiers apprentissages en mathématiques* (1989)
- Federación de Asociaciones de Ayuda a la Parálisis Cerebral, *Directorio de asociaciones de atención a la parálisis cerebral* (1998)
- Federación Española de Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral, *Su hijo tiene parálisis cerebral: una guía para los padres que viven y aprenden con sus hijos* (1997)
- Federación Española de Deportes de Minusválidos Psíquicos... [et al.] *Deportes para minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales* (1994)
- Finnie, Nancie R., *Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral* (1987)
- Galán Moreno, Francisco Javier; Galán Pérez, Francisco Javier *Algunas consideraciones sobre la parálisis cerebral infantil. Libro para el profesor* (2003)
- Gallardo Ruiz, José Ramón, *Manual de logopedia escolar: un enfoque práctico* (1995)

- Gallego Antonio, José; Vicente de Maro, Joaquín José; Napier, Bárbara. *Introducción a la hipoterapia e hípica terapéutica en parálisis cerebral* (1999)
- Gallego, Rubén (1968-), *Blanco sobre negro* (2003)
- García Lorente M<sup>a</sup> Cruz...[et al.]; Centro de Investigación, Documentación y Evaluación (C.I.D.E) *Instrucción y progreso escolar en niños con parálisis cerebral, de preescolar y ciclo inicial: un estudio de seguimiento* (1993)
- García Prieto Angel, coord. *Niños y niñas con parálisis cerebral: descripción, acción educativa e inserción social* (1999)
- Gobierno de Navarra. Fondo de Publicaciones. *Necesidades educativas especiales: alumnado con discapacidad motórica: guía para la respuesta educativa a las necesidades del alumno con parálisis cerebral* (2000)
- González Rus, Gaspar; Martínez Ledesma, José; López Torrecilla, Mercedes; dibujos de P. González Rus. *Logopedia: guía de recursos bibliográficos y materiales* (2000)
- González, Jorge Nicolás, *Alteraciones del habla en la infancia: aspectos clínicos* (2003)
- Grau Rubio, Claudia *Aspectos psicopedagógicos del niño con parálisis cerebral* (1994)
- Grau Rubio, Claudia, *Educación especial: integración escolar y necesidades educativas especiales* (1994)
- Helen L. Hopkins, Helen D. Smith [editores]; Jane E. Johnston Allinder ...[et al.] *Terapia ocupacional* (1998)
- Henning Rye y Miriam Donath Skjorten. *Guía para la educación de los niños afectados de parálisis cerebral grave* (1990)
- Herrera Galante, Antonia. *Características perinatales de la parálisis cerebral en la provincia de Málaga* (1995)
- Hogg, James, *Profound retardation and multiple impairment: volume 3, medical and physical care and management* (1990)
- Instituto Nacional de Servicios Sociales *El minusválido plurideficiente: Madrid, 5, 6 y de octubre de 1994* (1994)
- Jollien, Alexandre; Jarque, Josep Maria, tr. *Elogio de la debilidad* (2001)
- Lemler, Kathrin; Gemmel, Stefan; con ilustraciones de Astrid Leson *Kathrin habla con sus ojos: cómo vive una niña con discapacidad* (1999)

- Lesley Cogher, Elizabeth Savage and Michael F. Smith. *Cerebral palsy: the child and young person* (1992)
- Levitt, Sophie, *Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor* (2000)
- Linares, Pedro L., *Fundamentos psicoevolutivos de la educación física especial* (1993)
- Lindemann, James E., *Psychological and behavioral aspects of physical disability: a manual for health practitioners* (1987)
- López Juez, María J., *¿Por qué mi hijo es diferente?* (1996)
- Lou Royo M<sup>a</sup> Angeles, Jiménez Correa Armando. *LOGOPEDIA: ámbitos de intervención* (1999)
- Luque Parra, Diego J., *Trastornos del desarrollo y adaptación curricular* (2002)
- Manresa Tejedor, Sebastián. *Contribución al estudio de la parálisis cerebral en Baleares* (1994)
- Martín-Caro Sánchez, Luis; Junoy García, Magdalena. *Sistemas de comunicación y parálisis cerebral* (2001)
- Martínez Agudo Juan de Dios... < et al. > *Intervención en audición y lenguaje: casos prácticos* (2002)
- Martínez de Morentín Garraza, M<sup>a</sup> Dolores... [et al.]- *Necesidades educativas especiales: alumnado con discapacidad motórica: guía para la respuesta educativa a las necesidades del alumnado con parálisis cerebral* (2000)
- Martínez Pérez, Antonia; García Moreno, María Ángeles. *Guía de modificación de conducta para padres* (2000)
- Martínez Utrilla, Matilde *Sistemas alternativos de comunicación* (1995)
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. *Instrucción y progreso escolar niños con parálisis cerebral, de preescolar y ciclo inicial: un estudio de seguimiento* (1993)
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. *El niño con parálisis cerebral: enculturación, desarrollo e intervención* (1993)
- Moreno Manso Juan Manuel, Suárez Muñoz Ángel, Martínez Agudo Juan de Dios. *Trastornos del habla: estudios de casos* (2003)
- Narbona, Juan, *El lenguaje del niño: desarrollo normal, evaluación y trastornos* (2001)

- Paeth Rohlf, Bettina; Heiman Navarra, Ana, tr. *Experiencias con el concepto bobath: fundamentos, tratamientos, casos* (2000)
- Pardo Serrano, Ana María, *Parálisis cerebral: aportaciones de la psicología clínica al desarrollo evolutivo* (2003)
- Pérez Cobacho Juan... [et al.] *El discapacitado físico en el aula: Desarrollo, Comunicación e Intervención* (2002)
- Pérez Gorricho Ana M<sup>a</sup>. *Detección de la parálisis cerebral en el primer año de vida*
- Piñana Conesa, Rafael. *Guía jurídica para padres de personas con discapacidad psíquica* (2002)
- Poch Blasco, Serafina, *Compendio de musicoterapia* (1999)
- Puyuelo Sanclemente, Miguel. *Casos clínicos en logopedia* (1997)
- Puyuelo Sanclemente, Miguel...[et al.] *Logopedia en la parálisis cerebral: diagnóstico y tratamiento* (1996)
- Puyuelo Sanclemente, Miguel; Arriba de la Fuente, José Ángel. *Parálisis cerebral infantil: aspectos comunicativos y psicopedagógicos, orientaciones al profesorado y a la familia* (2000)
- Reyes Machuca, Rocío del Carmen de los. *Yo soy Rocío y tengo parálisis cerebral* (1997)
- Rodríguez Pilar, Aguado Antonio L. y Carpintero Amaya *Discapacidad y envejecimiento: investigación y alternativas de intervención en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad* (2003)
- Rosa Rivero Alberto, Montero García-Celay Ignacio, Lorente García María Cruz, [compiladores] *El niño con parálisis cerebral: enculturación, desarrollo e intervención* (1993)
- Ruiz Extremera, Ángeles, *Prevención, atención y seguimiento de niños en riesgo o con lesiones establecidas* (1997)
- Sánchez Manzano, Estebán, *Principios de educación especial* (2001)
- Sánchez Manzano, Estebán, *Psicopedagogía y educación especial* (1993)
- Stanton, Marion, *Cerebral palsy handbook: a practical guide for parents and carers* (1992)
- *Symposium Internacional sobre la Parálisis Cerebral en sus Aspectos Clínicos, Terapéuticos y Educativos* (1988. Madrid), *La parálisis cerebral en sus aspectos clínicos, terapéuticos y educativos: symposium internacional: Madrid, 29, 30 de septiembre y 1 de octubre 1988* (1988)

- Tidswell, Marian, *Rehabilitación ortopédica* (2000)
- Toledo González, Miguel *Patomecánica de la parálisis cerebral* (2000)
- Toledo González, Miguel, *El niño deficiente en el sistema nervioso central: guía para entender los informes médicos por los educadores* (1998)
- Toledo González, Miguel. *La parálisis cerebral: mito y realidad* (1998)
- Universidad de Rhode Island. *ACTIVIDADES acuáticas para la rehabilitación de los minusválidos* (1994)
- Valdez Fuentes, José Ignacio, *Enfoque integral de la parálisis cerebral para su diagnóstico y tratamiento* (1988)
- Vickers, Andrew, *Health options: complementary therapies for cerebral palsy and related conditions* (1994)
- Vila Badia, Anna, *Tengo una hija deficiente: evolución, socialización y tratamiento de una niña diferente* (1999)
- Vojta, Václav, *alteraciones motoras cerebrales infantiles.*
- Vojta, Václav, *El principio Vojta* (1995)

### **Revistas, Boletines y otras publicaciones periódicas.**

Publicación de la Federación ASPACE. *Somos: Cuadernos de Parálisis Cerebral.* (Revista Científica)

Publicación de la Confederación ASPACE. *ASPACE.*

*ASPACE: Boletín Informativo de la Confederación Española de Federaciones y Asociaciones de atención a las personas con parálisis cerebral y afines*

Publicación de la Confederación ASPACE. *Entorno ASPACE*

### **Documento Electrónico.**

*La parálisis cerebral: hojas informativas.*

**Publicación:** Washington: NICHCY, 2002, 15 ene 2002

**Página Web:** <http://www.nichcy.org/pubs/spanish/fs2stxt.htm>

## **Tesis Doctorales.**

⇒ *Características perinatales de la parálisis cerebral en la provincia de Málaga [Microforma]*

### Autor/es

Herrera Galante, Antonia; dirigido por Martínez Valverde, Antonio; Gallo Vallejo, Manuel

Publicación: Málaga: Universidad, Facultad de Medicina, 1995

⇒ *Programas de intervención en alumnos con parálisis cerebral: desarrollo y evaluación*

### Autor/es

Velado Guillén, Francisco; dirigido por García García, Emilio

Publicación: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología. Curso 92/93

⇒ *Actitudes y creencias sociales de los jóvenes vascos sobre la minusvalía física*

### Autor/es

Arrieta Ormazabal, M<sup>a</sup> Carmen; dirigida por Echebarría Echabe, Agustín

Publicación: Universidad del País Vasco, Facultad de Psicología. Año 1997.

### Notas:

Se presentan tres estudios empíricos orientados a conocer las imágenes que los jóvenes vascos tienen de tres minusvalías: ceguera, hemiplejías y paraplejías y parálisis cerebral.

⇒ *Estudio de los cambios clínicos y funcionales post-infiltración con toxina botulínica tipo A en una población infantil afecta de espasticidad secundaria a parálisis cerebral*

Autor/es

Sabate Bel, M. Carmen; dirigida por Enriquez Hernández, Enrique

Publicación: Universidad de La Laguna, Facultad de Medicina. Año 1996.

⇒ *Procesos cognitivos y parálisis cerebral cuadripléjica: una aproximación neuropsicológica y neurofisiológica*

Autor/es

Gómez Limón Amador, María Teresa; dirigido por Ortiz Alonso, Tomás

Publicación: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología. Año 1989

⇒ *El estreñimiento del niño paralítico cerebral espástico: estudio clínico y manométrico*

Autor/es

Carraud, Eugenia

Publicación: Universidad de Navarra, Facultad de Medicina. Año 1986.

⇒ *Influencia trófica del telencéfalo sobre el crecimiento somático: estudio de la parálisis cerebral infantil hemiparética*

Autor/es

Gargallo García, Luis; dirigido por Narbona García, Juan

Publicación: Universidad de Navarra, Facultad de Medicina. Año 1990.

⇒ *Efectividad de la estimulación precoz en las diversas patologías infantiles*

Autor/es

Prado Mediano, Amparo; dirigido por Pérez Ríos, Jesús

Publicación: Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina. Año 1992.

⇒ *Rehabilitación de la parálisis cerebral mediante la locomoción refleja, su efecto sobre la función de prensión manual*

Autor/es

Sánchez de Muniain Sabater, Paloma; dirigido por Rodríguez Rodríguez, Luis Pablo

Publicación: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina. Año 1992.

⇒ *Patología bucodental en disminuidos psíquicos semiinstitucionalizados*

Autor/es

Pérez Lajarín, Leonor; dirigida por García Ballesta, Carlos

Publicación: Universidad de Murcia, Facultad de Medicina. Año 1994.

⇒ *Valoración del estado nutricional en niños subnormales*

Autor/es

Sánchez Lastres, Juan Manuel; dirigida por Castro Gago, Manuel

Publicación: Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Medicina. Año 1997

⇒ *Estimulación precoz en parálisis cerebral: estudio de un caso*

Autor/es

Parrado Novoa, María Celia; dirigida por Buceta Cancela, María José

Publicación: Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Año 1989

**Vídeos/DVD.**

*Aprender a vivir en las diferencias: hacia la integración del parálítico cerebral.* Dirección, Equipo de Integración de Parálisis Cerebral de Málaga; realización, Juan de Dios Pérez (1990)

*Diferentes no, todos niños* (1988)

*Nosotros, los paráliticos mentales* (1990)

[Volver al Índice](#)