

Labor del profesor de Educación Física y el logopeda en la rehabilitación de escolares con parálisis cerebral infantil

Labor of the teacher of Physical Education and the logopeda in the rehabilitation of school children with cerebral palsy

César Peraza Zamora¹, Adela Margarita Rodríguez Santiesteban²

¹Licenciado en Cultura Física. Profesor Auxiliar. Departamento de Ciencias Aplicadas a la Actividad Física y el Deporte. Universidad Isla de la Juventud «Jesús Montané Oropesa». Cuba. Correo electrónico: cperazaz@uij.edu.cu

²Licenciada en Logopedia. Profesora Auxiliar. Universidad Isla de la Isla de la Juventud «Jesús Montané Oropesa». Cuba. Correo electrónico: arodriguez@uij.edu.cu

Recibido: 15 de diciembre 2017.

Aprobado: 25 de enero 2018.

RESUMEN

En la rehabilitación de los escolares con Parálisis Cerebral Infantil debe actuar un equipo multidisciplinario para la obtención de mejores resultados. En el artículo se muestran los resultados de una investigación realizada con tres escolares con Parálisis Cerebral Infantil vinculados al proyecto «Atención logopédica integral a escolares con Necesidades Educativas Especiales», realizado en la carrera Logopedia de la Facultad de Ciencias Pedagógicas en la Isla de la Juventud. Para ello se utilizaron métodos teóricos como el histórico-lógico, analítico-sintético, inductivo-deductivo y de nivel empírico como la observación científica, la entrevista y la recogida de información a partir de la revisión documental, cuyos datos fueron obtenidos después de aplicado un sistema de ejercicios implementados. Como resultado se exponen las acciones conjuntas realizadas entre el logopeda y el profesor de Educación Física, las cuales permitieron logros significativos en la coordinación de la motricidad articular de estos escolares, teniendo en cuenta la conexión de los movimientos musculares pequeños que

ABSTRACT

In the rehabilitation of school children with Cerebral Palsy Children should act a multidisciplinary team in order to obtain the best results. In this paper, we present joint actions between the speech therapist and the Physical Education teacher, which allow significant achievements in coordinating the articulatory motor skills of these students, taking into account the coordination of small muscular movements that occur in part of the body such as the hands, wrists, toes, feet, toes, lips and tongue, coordinated with the eyes, including actions that allow the development of basic motor skills and other activities involving the larger muscles, including include tasks through exercises and games. The results that were shown were obtained from the project «integral logopedic care to students with Special Educational Needs», carried out in the Logopedia career of the Faculty of Pedagogical Sciences in the Island of Youth with five children with Cerebral Palsy.

Key words: actions; cerebral cortex; speech pathology; motor; movement;

ocurren en parte del cuerpo como las manos, muñecas, dedos, pies, dedos de los pies, labios y lengua, con los de los ojos, incluyendo acciones encaminadas al desarrollo de las habilidades motrices básicas y otras que involucran a los músculos más grandes, mediante la realización de tareas a través ejercicios y juegos. Los escolares objeto de estudio mostraron gran interés en su rehabilitación, mejorando su autovalidismo, además aumentaron la capacidad de trabajo y recuperaron funciones perdidas, logrando movimientos más coordinados y mantener el equilibrio y una marcha más coordinada.

cerebral palsy; physical education teacher.

Palabras clave: Acciones; Corteza cerebral; logopeda; motricidad; movimiento; parálisis cerebral infantil; profesor de educación física.

INTRODUCCIÓN

La parálisis cerebral (PC) es el trastorno neuromuscular más frecuente que afecta a los niños, constituyendo en la actualidad la principal causa de discapacidad física en la infancia. Se reporta una prevalencia mundial de entre 1,3 y 3,6 casos por 1.000 nacidos vivos.

La PC describe un grupo de trastornos permanentes atribuido a perturbaciones no progresivas en el cerebro fetal o infantil, que afecta el desarrollo del movimiento y la postura. Los trastornos motores de la parálisis cerebral son a menudo acompañados por alteraciones en la sensación, percepción, cognición, comunicación, trastornos neurológicos (como la epilepsia) y por problemas músculo-esqueléticos secundarios (Pineda, 2015).

La parálisis cerebral en la infancia ocurre como consecuencia de trastornos

diversos durante el período de maduración del sistema nervioso central. Es una enfermedad que provoca múltiples secuelas, estrecha las posibilidades futuras de integración social de quienes la padece, con independencia del sexo, la raza y la condición social. Además, requiere rehabilitación física prolongada y una intensa labor de cuidados con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente (Serrano, 2016, p. 1-3).

El nacimiento de un niño es un acontecimiento de gran significado para la familia en su ciclo vital. Un hijo generalmente se espera con ansias e ilusiones de futuro, cuando el menor nace con una enfermedad discapacitante dichas expectativas cambian y la realidad impacta en la vida del hogar.

El término parálisis cerebral es reconocido como una expresión general que abarca varios trastornos específicos, los cuales se caracterizan por la lesión de los centros motores del encéfalo, manifestándose en la pérdida del control motor, debido al aumento o disminución del tono muscular, dando lugar a la alteración del movimiento y la postura.

Dentro de las sintomatologías de los escolares con parálisis cerebral están las alteraciones motrices, caracterizadas por su marcha descoordinada y precaria, por sus exagerados movimientos con los brazos y las manos, por sus muecas constantes y por su dificultad en el comer y en el hablar.

La parálisis cerebral está englobada entre las enfermedades del sistema nervioso central. Los tres síndromes motores, piramidal, extrapiramidal y cerebeloso del SNC son los determinantes de un tipo u otro de parálisis.

El área motora piramidal o neurona motriz superior se localiza sobre la circunvolución precentral (anterior a la cisura de Rolando) o región de la motilidad voluntaria. La lesión de las neuronas motrices superiores afecta los movimientos voluntarios; por consiguiente, al habla originando anomalías de la función muscular: espasticidad, debilidad, limitación de alcance y lentitud de movimientos.

El área motora extrapiramidal está determinada por los centros motores subcorticales, controlados por el contexto en el ámbito de grupos de núcleos (ganglios basales y masas nucleares conexas). La lesión de las neuronas de esta área afecta los movimientos involuntarios e impulsivos, así como el control de la automaticidad de la marcha y de la carrera.

Aunque resulta difícil clasificar las numerosas formas de parálisis cerebral,

Fernández Pérez de Alejo (2011) ofrece dos tipologías: una basada en los efectos funcionales y otra en la topografía corporal.

Clasificación basada en los efectos funcionales:

«La neurología clínica al estudiar las alteraciones motrices generales precisa como síntomas clínicos que aparecen en la disartria los siguientes» (Figueredo, 1984):

a) Espásticos: la espasticidad se produce como consecuencia de una lesión en el haz piramidal. Los síntomas de piramidalismo: hiperreflexión e hiperextensión, umbral de excitación bajo y claro.

De forma general, los movimientos son rígidos, bruscos y lentos. La espasticidad se reconoce por el aumento de resistencia de un músculo a la palpación o al movimiento pasivo de una extremidad.

La debilidad de los movimientos voluntarios afecta también a los labios y la lengua. La lengua, torpe e hipertónica, no puede extenderse más allá de los dientes. El rostro aparece inexpresivo y la saliva se escurre por las comisuras de la boca.

b) Atetósicos: la atetosis se produce como consecuencia de una lesión localizada en el haz extra piramidal. Consiste en una oscilación lenta entre actitudes extremas de hiperextensión y de flexión. Es un movimiento involuntario e incesante que se agrava con la fatiga y las emociones, se atenúa en reposo y desaparece durante el sueño.

El paciente atetósico presenta movimientos involuntarios de los músculos articulatorios y faríngeos en la producción del habla. La lengua, los músculos de la masticación y de la

articulación están afectados. Las muecas de la cara y los movimientos involuntarios de la lengua interfieren en la articulación. También se producen contracciones espasmódicas irregulares del diafragma y otros músculos de la respiración que dan a la voz un carácter espasmódico semejante a un quejido.

c) Atáxicos: la ataxia se produce como consecuencia de una lesión localizada en el cerebelo.

Esta afección dificulta el medir la fuerza y la dirección de sus movimientos, los cuales son torpes y lentos y se apartan de la dirección inicialmente seguida. La musculatura es flácida y la tensión de los músculos agonistas y antagonistas disminuye. Además existe ausencia de estabilidad del tronco durante los movimientos libres de los brazos, lo que acarrea irregularidad. Las reacciones de equilibrio están fuertemente alteradas.

d) Formas mixtas: lo más frecuente es que se presente una combinación de atetosis y ataxia; de ataxia y espasticidad, o de las tres formas a la vez.

Se plantea que, en los casos de espasticidad ligera y atetosis, la movilidad es mayor; pero la atetosis es desfavorable para la habilidad manual.

e) Rígidos: en estos casos se aprecia una gran dureza muscular. No existe el reflejo de tracción; si se mueve un miembro, este no vuelve a su posición anterior. En ocasiones la hipertrofia llega a ser tan intensa que impide todo movimiento.

f) Temblores: se aprecian movimientos breves, rápidos, oscilantes y rítmicos con mayor presencia en los miembros superiores y menos frecuentes en los

inferiores: el tronco los párpados la cabeza y la lengua.

La disartria, síntoma oral de la parálisis cerebral, se puede definir como un síndrome complejo dada las alteraciones correspondientes en el componente sonoro del lenguaje (voz, pronunciación, respiración, ritmo, fluidez, entonación, masticación, deglución y en el lenguaje escrito) por las dificultades de motricidad típicas en estos casos. Además, pueden estar asociados a otros trastornos sensoriales, de percepción, psíquicos e intelectuales.

Es importante el análisis del mecanismo del trastorno partiendo de diversos factores etiológicos como: enfermedad de la madre durante el embarazo, traumatismo durante el parto, enfermedades infecciosas, etc, los cuales provoquen una lesión o insuficiente desarrollo de los sistemas cerebrales.

Siempre la causa va a ser orgánica a nivel central, localizada en estructuras subcorticales, vías piramidales, núcleos de los nervios craneales bulbares, en el cerebelo y vías cerebelares. Cuando se lesiona cualquiera de estas zonas aparecen en el individuo trastornos de aferentación, hay dificultades en la inervación de los órganos que participan a nivel periférico. Por ejemplo, como consecuencia de la deficiente inervación puede ser dañada la producción del lenguaje, es decir, el disártrico comprende y programa adecuadamente el lenguaje; sin embargo, se dificulta la ejecución del mismo por las alteraciones en su motricidad, alterándose la coordinación del proceso verbal y del componente sonoro del lenguaje (voz, pronunciación, respiración). Se alteran además el ritmo, la fluidez y la entonación de la expresión oral.

En muchos casos, la deficiente articulación provoca un insuficiente desarrollo fonemático y la

obstaculización del normal desarrollo léxico y gramatical del lenguaje, lo cual también tiene su fundamentación en el principio del sistema que explica el nexo fisiológico: la relación existente entre los componentes del lenguaje.

Todas estas dificultades en el lenguaje oral y la deficiente motricidad general dificultan la asimilación correcta del lenguaje escrito, lo cual influye negativamente en el aprovechamiento escolar del niño.

El tratamiento de rehabilitación de la disartria, por el carácter orgánico central y la base neurológica de la alteración, es largo y complejo; requiere de la participación de diferentes especialistas (médico-pedagógico); de procedimientos técnicos especializados de otras ramas de ciencias afines a la medicina, como es el caso de la Cultura Física Terapéutica.

Por otra parte, para lograr una planificación adecuada del trabajo a realizar con este tipo de paciente, se hace necesario realizar una investigación a profundidad, con el propósito de obtener mejores resultados a partir del conocimiento de las peculiaridades de la sintomatología del sujeto a tratar.

La rehabilitación por medio de los ejercicios físicos ayuda a los escolares con Parálisis Cerebral infantil a reducir su dependencia de sus cuidadores, mejorando su calidad de vida. La clave de una rehabilitación exitosa incluye la actitud de la persona afectada, la destreza del equipo de rehabilitación y del entorno social (la cooperación de los familiares y amigos).

Realizar ejercicios físicos disminuye la influencia desfavorable de la disminución de la actividad motora, previene las complicaciones, intensifica las reacciones

de defensa del organismo durante la enfermedad y contribuye al desarrollo de los mecanismos compensadores. Además, influyen favorablemente en la psiquis del hombre, fortaleciendo sus cualidades volitivas y la esfera emocional y convirtiéndose en medios de influencia sobre los mecanismos reguladores alterados, lo cual contribuye a la normalización entre los diferentes sistemas del organismo.

Se ha demostrado también que la realización de actividades físicas en pacientes con parálisis cerebral mejora la aferentación propioceptiva, contribuye a normalizar la actividad cortical y las interrelaciones motoras viscerales; así como equilibra la correlación entre los sistemas de señales, favoreciendo todo esto a la eliminación de los principales síntomas de la afección.

Desde el control motor, la motivación es un factor esencial que permite generar niveles altos de aprendizaje. «En el caso específico de la habilitación o rehabilitación de individuos con lesiones del sistema nervioso central, la motivación y concentración del paciente como también del tratante, son especialmente importantes, ya que pueden enfrentar el desafío» (Díaz, 2014). Es por esto que cuando las personas se encuentran altamente motivadas dedican un mayor esfuerzo para la ejecución de la tarea o para generar una modificación en su realización, concientizándolo durante la práctica y logrando estar dispuesto durante períodos más largos. En cambio, aquellos que no presenten una motivación por aprender o ejecutar una práctica, hacen solo la mitad del esfuerzo y desempeño necesario para alcanzar un cambio o nuevo aprendizaje.

Dentro de los especialistas que ayudan al terapeuta del lenguaje se encuentra el profesor de Educación Física, quien realizará actividades encaminadas a compensar las alteraciones motrices están presentes en el escolar. Entonces, resulta vital que el profesor se apropie de conocimientos sobre esta alteración y sus características, para utilizarlos de forma adecuada durante la realización de los ejercicios, los cuales deberán ser adaptados a la edad del escolar enfermo y a las manifestaciones específicas de su padecimiento.

Con el objetivo de llevar a cabo esta labor, el profesorado de Educación Física debe ser capaz de dar respuesta a preguntas sobre cuántas actividades físicas serán necesarias realizar para cumplir con su función esencial: el trabajo con el cuerpo; y para lograr el desarrollo de la motricidad en los educandos, en especial en aquellos que ya presentan alteraciones motrices.

El profesor entonces trabajará y propondrá estímulos de aprendizajes óptimos, de modo que cada escolar trabaje en su zona de desarrollo potencial.

MATERIAL Y MÉTODO

En el artículo se muestran los resultados de la interacción con tres escolares, quienes padecen de Parálisis Cerebral Infantil, vinculados al proyecto «atención logopédica integral a escolares con Necesidades Educativas Especiales», realizado en la carrera Logopedia de la Facultad de Ciencias Pedagógicas en la Isla de la Juventud.

Se utilizaron como métodos teóricos el histórico-lógico, el analítico-sintético y el inductivo-deductivo, los cuales fueron de gran utilidad para el estudio de fuentes

de información y en el procesamiento de los fundamentos teóricos.

Dentro de los métodos a nivel empírico, se desarrolló la observación científica, la entrevista y la recogida de información a partir de una revisión documental, cuyos datos fueron sustraídos después de aplicado un sistema de ejercicios implementados.

Este sistema de ejercicios se realizó mediante una intervención motriz en la cual se realizaron actividades como:

- Cuidados posturales en decúbitos.
- Movilizaciones pasivas de la región afectada.
- Movilizaciones pasivas para los miembros inferiores.
- Movilizaciones pasivas para tronco y cabeza.
- Movilizaciones pasivas para los miembros superiores.
- Ejercicios activos de los miembros sanos.
- Instrucción de reconocimiento y movilización autopasiva de la región afectada.
- Ejercicios respiratorios.
- Iniciación de la sedestación.
- Adaptación de la postura en sedestación.
- Iniciación progresiva a la verticalidad.
- Adaptación de la postura en bipedestación.
- Masaje terapéutico.

- Ejercicios activos para miembros inferiores.

- Ejercicios activos para tronco y cabeza.

- Ejercicios activos para los miembros superiores.

- Ejercicios de equilibrio y coordinación.

- Ejercicios de patrones de la marcha.

- Marcha por terreno irregular.

- Trabajo en escalera.

- Trabajo de coordinación de brazos y piernas durante la marcha

Es de gran importancia tener presente durante el proceso de rehabilitación:

- Criterios y orientaciones del médico especialista.

- Evolución durante el ingreso a la actividad física.

- Estado de salud general del escolar.

- Características individuales.

- Realizar una exploración inicial.

- Realizar un tratamiento individual y personalizado.

- Tratar de lograr la colaboración y motivación para el buen desarrollo del tratamiento.

- Durante todo el programa trabajar el método de repetición.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La selección de los tipos de ejercicios terapéuticos ha sido variada; comenzando en las primeras sesiones con los valores inferiores de ejercicios por sesión y aumentando paulatinamente estos valores de acuerdo con las condiciones generales de los escolares.

Dentro de la orientación a los familiares se indicó:

- Enseñarles conocimientos esenciales acerca de la enfermedad a los familiares cuidadores del escolar, pues son quienes conviven más tiempo con él.
- Entrenar al escolar y familiares con técnicas sencillas y apropiadas que puedan realizar desde el hogar.

Características de las sesiones del tratamiento

El tratamiento de rehabilitación tuvo una duración de 25 a 30 minutos; en una primera parte de la sesión, trabajó el Logopeda para la terapia del lenguaje, seleccionando uno o dos de los ejercicios para:

1. La motricidad articularia.

Los ejercicios pasivos se llevaron a cabo controlando los movimientos de la mandíbula asociados a los diversos movimientos de los labios y a los de la lengua. Fue aconsejable utilizar la espátula, no para luchar directamente contra las contracciones anormales, sino al contrario para atraer involuntariamente la lengua al punto de articulación deseado. Por ejemplo, si se deseaba obtener la elevación de la lengua, era preciso apretarla con la espátula en sentido opuesto al movimiento deseado.

Antes de comenzar los ejercicios activos bucoarticulatorios es preciso que el niño esté relajado. La relajación de los músculos de la boca se obtiene cerrando lentamente la boca del niño con la mano, de ser posible, es recomendable hacerlo con el paciente frente a un espejo. Se realizará con suavidad para evitar la contractura muscular tónica o espástica.

Se recomiendan como ejercicios activos:

a) Ejercicios articulatorios de movilización de la lengua.

- Imitar el trote del caballo.

- «Ejercicio de la escoba»: consiste en arrastra la lengua por el paladar duro de atrás hacia delante.

- «Ejercicio del cucurucho»: consiste en sacar y meter la lengua doblada.

- «Ejercicio del cucharón»: consiste en sacar la lengua doblada hacia arriba, teniendo la boca muy abierta.

- Morder la lengua doblada.

b) Ejercicios articulatorios de movilización de los labios.

- Proyectar los labios cerrados, juntos, hacia delante y hacia atrás, en forma de «O», «e», «i».

- Inflar la boca con aire y dejarlo escapar, mediante golpes suaves en las mejillas.

- Morder el labio inferior con los dientes superiores, y al revés.

- Hacer vibrar los labios.

- Colocar un botón con un hilo entre los dientes y los labios y tirar de este.

c) Ejercicios articulatorios de movilización de labios-lengua:

- Hacer vibrar los labios y la lengua a la vez.

- Untar el labio superior con algún dulce que agrade al niño, para obligarle a elevar la lengua y lamer los labios.

- Limpiar la encía con la lengua, teniendo los labios cerrados.

- Presionar con la punta de la lengua una y otra mejilla.

d) Ejercicios articulatorios de movilización facial:

- Dar masajes en la cara con movimientos circulatorios de abajo hacia arriba y hacia fuera.

- Abrir y cerrar los ojos.

- Guiñar los ojos.

- Guiñar cada ojo alternativamente.

- Fruncir la frente.

- Seguir con la vista, sin mover la cabeza al objeto.

También es importante que el logopeda tenga en cuenta la existencia de movimientos que facilitan la ejercitación de otros. Por ejemplo:

- Al elevar la mandíbula se alza la lengua.

- Si se hace morder un trozo de goma entre los molares, los labios se cierran más frecuentemente.

- Si se entrelazan los dedos, disminuyen los movimientos atetósicos.

2. Eliminar el babeo.

En el disártrico, el babeo constituye un obstáculo funcional y social; en gran número de casos es un síntoma muy frecuente y dificulta la correcta articulación de fonemas. Puede ser consecuencia de una incorrecta deglución, falta de tonicidad del músculo articular de los labios o inclinación, casi permanente, de la cabeza hacia delante.

Para la corrección del babeo se plantea:

- Hacer tomar conciencia al niño de la presión que debe ejercer con la punta de la lengua contra la papila palatina. El logopeda pondrá su dedo índice en este lugar para atraer allí la lengua.

- Enseñarle a tragar pequeñas cantidades de líquido boca abajo.

- Poner azúcar en la punta de la lengua del niño, cerrar su boca y darle masajes en el cuello de arriba abajo.

- Darle agua al niño, gota a gota, con una espátula detrás y delante de los dientes, cerrarle la boca y darle masajes en el cuello.

3. Voz, respiración.

Se recomiendan realizar la inspiración nasal lenta y profunda; la retención del aire y espiración nasal, también de forma lenta y profunda. Otros ejercicios recomendados son:

- Inspiración nasal lenta, retención del aire y espiración bucal lenta.

- Inspiración nasal lenta, retención del aire y espiración bucal, soplando el aire que sale.

- Inspiración nasal algo rápido, retención del aire y espiración bucal silbando con fuerza.

- Inspiración nasal lenta, retención del aire y espiración bucal pronunciando la vocal a. El mismo ejercicio se repetirá, una vez controlado con las demás vocales y consonantes.

- Inspiración normal y espiración hablando al mismo tiempo.

La voz debe ejercitarse muy vinculada al trabajo respiratorio, desarrollando diversos ejercicios para las distintas cualidades (intensidad, tono y timbre).

4. Ritmo y fluidez.

Se deben realizar ejercicios de masticación sonora ascendente, descendente y alternante; trabajar con rimas y repeticiones conjuntas con el logopeda, para así crear reflejos de imitación del lenguaje coherente y fluido.

5. Pronunciación.

En dependencia de los sonidos afectados, se deberá trabajar los funcionalismos con sus tres etapas: instaurar el sonido, automatizarlo y diferenciarlo, en caso necesario.

6. Además, se trabajarán el resto de los componentes del lenguaje, los procesos fonemáticos y el lenguaje escrito, en los casos necesarios.

En un segundo momento de la sesión, para el desarrollo de la motricidad general, el profesor de Educación Física seleccionará los ejercicios a realizar con el escolar, teniendo en cuenta la magnitud de la afectación motriz y psicológica. Esta segunda mitad de la sesión de rehabilitación se dividirá en tres partes: una primera o inicial, una intermedia o principal y una final o de recuperación.

Después de puesta en práctica de las sesiones de trabajo con los escolares con Parálisis Cerebral Infantil, se pudo

corroborar la factibilidad que tiene la labor coordinada entre el logopeda y el profesor de Educación Física para la rehabilitación de los mismos, en la medida que los pacientes mostraron gran interés en el proceso, tras serle presentado un programa de actividades prácticas y de fácil aplicación con el propósito de estimular su autovalidismo. Como consecuencia de ello, los niños aumentaron la capacidad de trabajo y recuperaron funciones perdidas, logrando movimientos más coordinados como por ejemplo durante la marcha y mantener el equilibrio.

El profesor de Educación Física condiciona el ambiente de acuerdo con las necesidades particulares del niño, para así estimular el aprendizaje motor por medio del juego y otros ejercicios físicos, utilizados como herramienta terapéutica, mediante la realización de actividades con una relación directa con los intereses de los infantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Díaz, E., Espinoza, A., Parada, A., & Zumelzu, Y. (2014). Influencia de la motivación en el aprendizaje Motor de niños con parálisis cerebral. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14 (1), 53-62. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2014.32388>
- Fernández Pérez de Alejo, G., & Rodríguez Fleitas, X. (2011). *Logopedia. Primera parte*. La Habana.
- Figueredo, E. (1984). *Logopedia I*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Pineda Toledo, P., Díaz Meléndez, J., Zaror Sánchez, C., & Jans, A. (2015). Tratamiento odontológico. ambulatorio de pre-escolar con parálisis cerebral. *International Journal of Odontostomatology*, 9 (1), 101-106. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2015000100016>
- Serrano Patten, A. C., Ortiz Céspedes, L., & Louro Bernal, I. (2016). Particularidades del afrontamiento familiar al niño con diagnóstico y rehabilitación por parálisis cerebral. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42 (2), 236-247.