**Métodos de rehabilitación más utilizados.**

Método Bobath: (Karen y Bertha Bobath, 1940), se basa en dar al niño experiencia sensorio-motriz normal de movimiento, a través de la repetición de los movimientos y su incorporación a las actividades de la vida diaria con la ayuda de la familia, para favorecer su automatización y realización espontánea.

El objetivo es actuar desde edades tempranas contra modelos anormales de posición y movimiento para conseguir un tono muscular normal, una preparación para movimientos fisiológicos que el niño debe conseguir según su edad y estado de desarrollo a través de la inhibición, facilitación y estimulación.

Método Kabat: La principal característica de este método es el empleo de movimientos masivos. Estos modelos son espirales, de rotación y diagonales con una sinergia de grupos musculares.

 1. Flexión o extensión

 2. Abducción o aducción

3. Rotación interna o externa

Método Votja: Se basa en la estimulación de determinados reflejos posturales complejos para obtener movimientos coordinados, como técnica de tratamiento utiliza la locomoción refleja, que se activa con la totalidad de las partes del cuerpo, partiendo de estimulación propioceptiva adecuada (presiones dirigidas a una o varias zonas reflexógenas) para provocar la locomoción coordinada ventral. Este método tiene el inconveniente de provocar oposición y llanto en el niño.

Método Bobath.

El método más difundido en Europa en los últimos 60 años es el método Bobath, el cual también es el más difundido en nuestro país para el tratamiento de la Parálisis Cerebral y la Hemiplejía en el adulto y es conocido como tratamiento de neurodesarrollo en el niño.

El concepto de tratamiento de neurodesarrollo, se basa en el reconocimiento de que la lesión, en la maduración anormal del cerebro, provoca retraso o interrupción del desarrollo motor y la presencia de patrones anormales de postura y movimiento. Su aplicación requiere de un conocimiento profundo del desarrollo psicomotor del niño normal, así como de las desviaciones de este que se producen en los diferentes tipos de Parálisis Cerebral.

Los objetivos terapéuticos que definen este método son:

1. Desarrollar las reacciones y un tono postural normal que permita al niño mantenerse en una posición erecta contra la gravedad y controlar sus movimientos.

2. Evitar el desarrollo de reacciones posturales anormales, así como los trastornos del tono postural.

3. Proporcionar al niño la experiencia sensorial de la acción, así como esquemas o patrones de movimiento funcionales que futuramente le ayudarán en la habilidad que debe desarrollar para las actividades de la vida diaria.

4. Prevenir y contrarrestar las deformidades.

Los objetivos de tratamiento deben establecerse de forma clara, basados en que la demanda de los diferentes subsistemas del niño sea compatible y apropiada para ejecutar la actividad.

La intervención terapéutica debe contemplar un conjunto de actuaciones técnicas, atenciones personales y acciones sociales para obtener el máximo nivel de desarrollo físico, psicológico y social siendo el niño el que marque el ritmo y las necesidades del desarrollo. El tratamiento tiene que ser integral para compensar la pobre experiencia que tiene el niño y debe tener en cuenta:

La edad del niño, capacidades y necesidades del mismo y aceptar que cada individuo cambia con el crecimiento.

Educar al personal que está al cuidado del niño e influye en su aprendizaje motor.

Informar e integrar de la familia y escuela para la colaboración el aprendizaje motor, social y emocional del niño.

El enfoque terapéutico comprende:

Equipo de trabajo: debe ser multi e interdisciplinario, para lograr el objetivo fundamental de la atención a los niños con necesidades especiales. El equipo incluye fisiatra, neurólogo, ortopédico, oftalmólogo, logopeda, psicólogo, neumólogo, kinesiólogo, terapista ocupacional, trabajador social y se deben facilitar interconsultas con especialidades de defectología, dermatología, estomatología, otorrinolaringología, etc.

Valoración musculoesquelética y del desarrollo motor del niño

Integración y educación de los padres: educar a la familia y proporcionar apoyo en la aceptación de los problemas del niño, proporcionar a los padres la educación adecuada para el manejo y cuidado del niño, garantizar la comunicación de los padres con diferentes servicios que puedan atender al niño en todos los aspectos.

Facilitación del desarrollo: facilitar las experiencias sensoriomotrices y favorecer el aprendizaje de actividades psicomotrices, se enfoca teniendo en cuenta la alineación de los diferentes segmentos del cuerpo y la estabilidad postural, lo cual permite la aparición de actividades motrices como, control cefálico, sedestación, gateo, bipedestación, marcha; actividades que promueven el desarrollo de la percepción espacial, el conocimiento del propio cuerpo y la exploración del entorno.

Papel del juego en el desarrollo motor: proporciona motivación y placer, permite exploración de objetos, personas, entorno y los efectos de estos, desarrolla habilidades sociales, promueve el desarrollo perceptivo, conceptual, intelectual y del lenguaje.

Tratamiento de la espasticidad: prevenir las alteraciones secundarias, proporcionar bienestar y mejorar las posiciones y el movimiento funcional. Se enfoca en tres direcciones: prevenir la hipoextensibilidad muscular por medio de ejercicios funcionales, colocación adecuada, estiramientos pasivos musculares, férulas seriadas o progresivas, ortesis dinámicas; tratamiento medicamentoso, o por medio de la neurocirugía

Uso de ortesis: permite el control postural adecuado, favorece la alineación musculoesquelética

Uso de material adaptado: se usa para aumentar las capacidades motrices funcionales o bien como parte de un programa terapéutico y/o educativo y para mejorar la independencia de movilidad, juego e interacción social. Incluye: Sillas adaptadas, sillas o banquetas de diferentes alturas, asientos pélvicos, bipedestadores o standing, andadores, mesas especiales, adaptaciones para los ordenadores, ayudas para la movilidad, para la higiene, la alimentación etc.

Prevención y tratamiento de las deformidades: escoliosis, pie en equino varo, deformidad en flexión de las rodillas, subluxación de caderas, deformidad en aducción de caderas, entre otras.

Cirugía ortopédica: en tejidos blandos tienen como objetivo equilibrar la fuerza o alargamiento entre los músculos agonistas-antagonistas, mejorar de los grupos musculares alrededor de la articulación y evitar la limitación del movimiento resultante de la disfunción neuromuscular (desinserciones musculares, transferencias musculares, tenotomías). En huesos prevenir o corregir deformidades que son resultados de procesos musculoesqueléticos (corrección de mala rotación, subluxación o inestabilidad articular)

El concepto de tratamiento del neurodesarrollo tiene dos factores de gran importancia:

1. La interferencia en la maduración normal del cerebro por una lesión.

2. Debido a una liberación de la actividad refleja normal, se producen patrones Basado en este concepto de neurodesarrollo, se han desarrollado muchas y muy variadas técnicas de tratamiento; pero el objetivo principal de todas esas técnicas, es la inhibición de los patrones de la actividad refleja anormal y la facilitación de los patrones motores normales

Principios básicos del tratamiento.

1. Debemos trabajar con un niño cuyo sistema nervioso central no ha madurado al nivel correspondiente cronológicamente a su edad. Podrá ser apenas primitivo, en algunos aspectos: en su control de cabeza, balance y equilibrio en posición de sentado, uso de las manos, forma de andar, los reflejos que pueden ser normales en un infante pero los que pueden modificarse más adelante, podrán ser bastante activos.

2. Deberemos manejarnos con un sistema nervioso central malformado o dañado, el cual es incapaz de proveernos el balance normal entre inhibición y facilitación, lo cual a su tiempo será necesario para producir un tono normal, un movimiento normal, una respiración normal, un lenguaje normal.

3. El niño paralítico cerebral, es “todo” un niño, y como tal deberá ser manejado como un “todo” en un verdadero sentido físico, así como una “personalidad total”. Debido al daño cerebral no podemos esperar que los brazos y piernas de un niño paralítico cerebral actúen por separado (una acción en un miembro produce acciones en todo el cuerpo).

4. El niño paralítico cerebral, como lo hace el niño normal, aprende a través de sus sentidos. La madre del infante normal maneja su hijo con gran habilidad al vestirlo, alimentarlo, durante el juego. El bebé aprende qué es “él” y qué es “mamá”: aprende a alcanzar los objetos que le interesan, así como a empujarlos, atraerlos, acariciarlos, etc. El niño paralítico cerebral, nunca ha experimentado los movimientos normales con un tono muscular normal. El niño paralítico cerebral aprenderá patrones de movimientos por repetición así como lo hace el niño normal. Al hacer una evaluación del crecimiento y desarrollo del niño normal, quien se desarrolla de cabeza a pies y de proximal a distal, tratamos de desarrollar las habilidades motoras en su secuencia normal: A medida que el niño gana lo previamente necesario para una habilidad más difícil, él está progresando: Las habilidades motoras gruesas vienen primero que las finas aún las habilidades gruesas pueden estar demandando actividad coordinada con la vista, movimiento de cabeza, rotación del tronco, movimiento activo de las extremidades, equilibrio, orientación en el espacio. El movimiento normal no es posible sin un tono muscular normal.

5. Como en cualquier acercamiento a un buen tratamiento, una buena evaluación deberá ser efectuada. La evaluación determina que impide el tono normal y el movimiento normal, por lo cual se podrá planificar el tratamiento. También se usan comúnmente las fichas de evaluación como archivo del estado inicial del niño y sus subsiguientes cambios, es aceptable un archivo anecdótico y puede resultar ser muy útil.

6. Se deben establecer los objetivos; deben ser realistas, alcanzables y rápidamente adaptables al más próximo y elevado. Otra vez, el tratamiento del niño como un “todo” es importante.

7. Los “programas” de entrenamiento se realizan de acuerdo a las necesidades de cada niño, no existen listas de ejercicios, tareas, rutinas para los espásticos, atetoides e hiperkinéticos.

8. Uno de los roles primarios de la terapeuta que trabaja con un niño paralítico cerebral es el de trabajar también con la familia. Enseñarles cómo manejar al niño mientras lo cambian, alimentan, como colocar al niño para el juego, como trabajar con el niño en un programa de terapia casero, cómo proveer al niño de experiencias sensoriales que le permitan desarrollarse lo más normalmente posible.

9. Los métodos de tratamiento incluyen básicamente,

a) inhibición de los patrones reflejos de la postura anormal y, cuando se obtiene una mejor postura normal,

b) facilitación de los patrones normales de movimiento, sean ellos de cabeza, brazos, tronco, piernas, lengua. Primero usted prepara al niño para moverse, luego usted lo mueve para desarrollar las reacciones normales automáticas de enderezamiento y equilibrio, luego él se moverá activamente mientras usted lo controla y finalmente se moverá sin su asistencia o control.

La inhibición por sí sola no es solución, tampoco el movimiento con posturas y tono anormales. Sabemos que el esfuerzo excesivo debe evitarse porque sólo produce tono excesivo y movimiento anormal.

Puntos claves de control.

Son puntos desde los cuales se reduce la espasticidad y facilitansimultáneamente las reacciones posturales y los movimientos más normales.

Los puntos claves de control se encuentran en:

La cabeza.

La cintura escapular y brazos.

La cintura pélvica y miembros inferiores.

1. Cabeza: extensión de la cabeza (con extensión de la cintura escapular)

a) Elevación de la cabeza en posición prona, sentada o erecta: facilita la extensión del resto del cuerpo, excepto en los casos en que persista el R.T.S C. activo en los que se flexionan caderas y piernas, con el consecuente incremento de la espasticidad flexora de caderas y piernas. (¡ojo!, bueno para prono o parado, pude interferir la flexión de caderas y piernas para el sentado, si se hace después de sentado aumenta la lordosis)

b) Flexión de la cabeza con flexión de la cintura escapular: Inhibe la espasticidad extensora o espasmos extensores, facilita la posición de sentado o los giros hacia un lado (Ej.: espásticos y atetoides con fuerte retracción con fuerte retracción del cuello y hombros en supino); permite inhibir además la hiperextensión de caderas y rodillas de atetoides cuando se paran y caminan. Si está presente R.T.S.C interfiere en la sedestación por la extensión de las piernas, si se sienta y después se flexiona la cabeza…aumenta la cifosis).

2. Brazos y cintura escapular:

a) Rotación interna de los hombros con pronación de los codos: inhibe los espasmos extensores (puede ser útil en atetoides), en los espásticos la espasticidadflexora aumentará en cabeza tronco y caderas, así como en Ms.Is. (Puede producir rigidez descerebrada en algunos pacientes)

b) Rotación externa con supinación y extensión de codos: inhibe la flexión y aumenta la extensión del resto del cuerpo.

c) Abducción horizontal de brazos en rotación externa con supinación y codos extendidos: inhibe la espasticidad flexora especialmente en pectorales y flexores del cuello, facilita la apertura espontánea de manos y dedos, se facilita también la abducción de piernas, rotación externa y extensión.

d) Elevación de brazos en rotación externa: inhibe la espasticidad flexora, la presión hacia debajo de la cintura escapular y brazos ayuda a extender la columna, caderas y piernas en cuadriparesias espásticas y diparesias. Si la flexión espástica del brazo es parte del patrón extensor de la pierna (hemipléjicos espásticos, la elevación del brazo con extensión de los flexores laterales hemipléjicos del tronco, facilita la abducción y flexión del M.I hemipléjico, porque rompe el patrón de flexión del brazo y extensión de la pierna.

e) Extensión diagonalmente hacia atrás: al igual que la abducción horizontal inhibe la espasticidad flexora, puede ser más eficaz en los casos graves (porque cuando los brazos en abducción horizontal son llevados hacia delante puede aumentarse la espasticidad flexora), igualmente facilita la apertura de mano y dedos aun cuando los brazos están en rotación interna y extendidos, pero se necesita hacerlo mejor en rotación externa para evitar la aducción y rotación interna de Ms.Is. y la flexión del tronco que se produce cuando se hace en rotación interna y aducción de brazos)

f) Abducción del pulgar con brazo en supinación: facilita la apertura de todos los dedos (la muñeca debe estar extendida)

3. Miembros inferiores y pelvis:

a) Flexión de las piernas: Facilita abducción y rotación externa, así como la flexión dorsal de tobillos.

b) Rotación externa en extensión: facilita abducción y flexión dorsal de los tobillos

c) Flexión de los dedos del pie: (\*3 y 4 dedos): inhibe espasticidad extensora de la pierna y facilita dorsiflexión de tobillos, en posición bípeda es difícil lograr la extensión de las rodillas y caderas.

4. Prono:

a) Elevación de la cabeza, brazos extendidos, columna cervical extendida: facilita la extensión de cadera y piernas.

b) Elevación de la cabeza, con brazos extendidos y abducidos horizontalmente: facilita la extensión de la columna vertebral, apertura de los dedos y abducción de piernas.

c) Cabeza girada hacia un lado: al levantarla facilita la flexión-abducción de la pierna de ese lado y desplazamiento en alto del brazo como en reptado.

5. Supino:

En los casos no muy espásticos pero que presentan retracciones del cuello y hombros, la flexión de las piernas en abducción sobre el abdomen con cierta presión hacia abajo: facilita el movimiento de los brazos hacia delante con las manos juntándose en la línea media.

6. Sentado:

a) Flexión de caderas, tronco inclinado bien hacia delante piernas abducidas: facilita extensión de la columna y elevación de la cabeza, la posición de buda permite más fácilmente sentarse, pero es peligrosa para los pies y produce demasiada flexión de caderas con los consiguientes peligros de contracturas flexoras que dificultan la posición erecta y más tarde…hiperlordosis), la posición deberá ser con las piernas extendidas (“long-sitting”)

b) Aducción de brazos estirados: Brazos sostenidos hacia delante estabilizan la cintura escapular, facilitan el control de la cabeza cuando se trae el niño hacia la posición de sentado y de nuevo al supino.

c) Empujando contra el esternón y así flexionando la columna dorsal: Inhibe la retracción de os hombros y el cuello, trae cabeza hacia delante para su control, hace que los brazos se estiren hacia delante (¡ojo!, en los pacientes con patrón de rigidez descerebrada en brazos que les puede causar demasiada aducción-extensión y pronación con las manos en puño.

7. Arrodillado, parado y caminando:

a) Flexión de los brazos con pronación y rotación interna y flexión de columna dorsal: inhibe los espasmos e hiperextensión de caderas y rodillas en atetoides, pero produce flexión en caderas y rodillas en espásticos

b) Extensión de brazos en rotación externa: llevándolos ligeramente hacia atrás en diagonal, inhibe los espasmos flexores del tronco, caderas y piernas en el espástico, facilita la extensión de la columna, caderas y piernas con rotación externa y abducción.

8. En cuatro puntos con descarga de peso sobre brazos extendidos y palmas abiertas:

Esto se facilita elevando la cintura escapular y tirando los hombros del niño hacia atrás. Evita la excesiva pronación de los hombros (con espasmos de los pectorales). Inhibe las espasticidad flexora y aducción de los brazos y facilita extensión abducción y apertura de manos y dedos.

9. Semiarrodillado:

Se rota la pelvis hacia atrás del lado de la pierna que no descarga peso (esa es la de adelante), esto estabiliza la pelvis y previene la aducción y flexión de la pierna que está adelante, así como también la flexión de la pierna que descarga peso.

¿Cómo utilizar las técnicas para facilitar y estimular?

Debemos saber de antemano que tipo de respuesta motora deseamos.

Debemos conocer el estímulo adecuado para obtener una respuesta.

La respuesta depende de los puntos desde donde se mueva el niño y de la velocidad del movimiento inicial.

El estímulo deberá ser adecuado y suficiente para obtener una respuesta y no excesivo dado que podemos desencadenar espasticidad o espasmos (actividad refleja tónica).

Debemos efectuar una buena evaluación de las reacciones automáticas existentes y ausentes.

Técnicas principales de estimulación.

Descargas y transferencias de peso, presión (compresión), resistencia.

Colocar y sostener (automática y voluntariamente). Pleasing

Golpeteo (Tapping).

Estas técnicas pueden ser utilizadas en combinación o individualmente, dependiendo de las necesidades del paciente. Pueden emplearse alternativa o simultáneamente.

Descargas de peso con o sin presión, resistencia y transferencias.

No deberán emplearse posturas estáticas, especialmente en el niño espástico.

Se deben obtener movimientos automáticos de adaptación de tronco y miembros mediante una transferencia constante del peso en rangos bastante amplios, lateralmente, hacia delante, hacia atrás y diagonalmente, mientras se utiliza presión y resistencia.

En el paciente atetoide y atáxico se emplean las mismas técnicas pero de manera más estática, los movimientos de transferencia de peso son más lentos y su rango deberá ser pequeño.

Colocar. (Placing)

Es un término empleado para describir la capacidad del paciente en detener un movimiento en cualquier etapa ya sea automática o voluntariamente.

Es la adaptación automática de los músculos al cambio de postura y esto es parte integrante del mecanismo de reflejo postural normal.

En el tratamiento, se coloca el cuerpo y miembros del paciente en diversas posiciones y se trabaja de manera tal que los mantenga y controle sin ayuda, en una gran diversidad de patrones funcionales y en diversas etapas y rangos de movimientos.

Tapping (Golpeteo):

Es un medio de aumentar el tono postural del tronco o los miembros mediante una estimulación propioceptiva y táctil.

Se emplea para aumentar la actividad de grupos musculares específicos.

Se utiliza cuando existe debilidad aparente o real de grupos musculares específicos o hipotonía general.

No debe emplearse en presencia de espasticidad o espasmos o cuando en el proceso de tapping aparezca hipertonía.

Tiposde tapping:

Tapping inhibitorio:diseñado para aumentar la función de los músculos que no pueden contraerse por la actividad excesiva de los antagonistas hipertónicos.

Su objetivo fundamental es lograr la función a partir de la inhibición, pero al inhibir la hipertonía facilitamos la actividad de los grupos musculares opuestos.

Tapping de presión: diseñado para obtener co-contracción para una fijación postural sostenida.

Activa una contracción simultánea de agonistas y antagonistas y debe iniciarse a partir de una posición media donde, agonistas y antagonistas tengan la misma longitud.

Se utiliza fundamentalmente en atetoides y en ataxias que tengan mucha movilidad, falta de fijación y tono postural no sostenido.

Tapping alternado: se realiza seguidamente después del tapping de presión, cuando el paciente puede mantener una posición media de manera estable. Es de utilidad en atetoides y ataxia y en todo paciente que presente un desequilibrio de la función de los antagonistas.

Tapping de barrido:es de difícil descripción porque se aplica a un músculo específico, se realiza sobre el músculo con un golpe de barrido que activa no solo el músculo en sí, sino todo un patrón de acción muscular. Es de hecho la estimulación de un patrón de función mediante la activación de los principales agonistas de ese patrón.

Disociación: son movimientos correctores de la postura que facilitan la eliminación de la espasticidad en tronco, y los reflejos espásticos de los miembros con relación entre sí, básicamente el miembro inferior con relación al superior.

Otro elemento de disociación, es el hecho de realizar movimientos de deambulación, donde cada movimiento de la cadera implica un mecanismo de disociación.

Terminologías de las técnicas de tratamiento:

Patrones de inhibición refleja: son patrones que rompen o cambian patrones posturales patológicos debido a la disminución de la actividad tónica refleja.

Puntos clave o puntos llave de control: las partes mayormente proximales del cuerpo desde donde la actividad patológica refleja y la fuerza y la distribución del tono muscular se pueden modificar hacia el resto del cuerpo.

Control inhibitorio: la habilidad de frenar o abstenerse de una acción a favor de otra. Esto incluye la reacción normal a la estimulación, por ejemplo, las respuestas que se encuentran en relación correcta o adecuada a la fuerza y al tiempo de estímulo, elección del tipo de reacciones y localización de la respuesta.

Facilitación de respuestas espontáneas: la estimulación de la reacción de los movimientos espontáneos, incluyendo enderezamiento y reacciones de equilibrio, en respuesta a técnicas especiales de “handling” o manipuleo del paciente.

Facilitación de movimientos voluntarios: situando al paciente en preparación para movimientos voluntarios específicos. Ciertos movimientos son fáciles de lograr de algunos juegos posturales.

Tapping: una manera de incrementar el tono muscular por estimulación propioceptivo y cutáneo. “Tapping” alternado a intervalos regulares o irregulares a los miembros o al tronco, para producir una contracción sostenida por una sucesión de inducción y reclutamiento. Estos sirven para que el paciente mantenga una posición deseada contra la gravedad.

Colocación: la habilidad del paciente para sostener un miembro o un segmento de un miembro en cualquier etapa de la secuencia normal de movimiento.

Reflejos tónicos o estáticos: un grupo de reacciones estáticas estudiadas por Magnus en el tallo cerebeloso del animal, así denominado debido a su acción que produce excesiva tonicidad (espasticidad) de predecible distribución sobre la musculatura del cuerpo.

Reacciones de enderezamiento: un grupo de movimientos automáticos estudiados por Magnus en el cerebro medio del animal. Son reacciones para el ajuste postural y sirven para el mantenimiento de la posición normal de la cabeza en el espacio, de la cabeza al cuerpo y viceversa, y del alineamiento normal del cuerpo y miembros.

Reacciones de equilibrio: un grupo de movimientos automáticos que sirven para mantener y ganar equilibrio después del desplazamiento del centro de gravedad (muy complejo y probablemente con necesidad de cooperación cortical). Estudiado por Rodemaker, Weiss, Zador, André Thomas.

Movimientos primitivos: La retención y falta de modificación de la postura temprana y primitiva y los patrones de movimiento de la infancia.

Actividad refleja patológica: postura anormal y reacciones de movimiento producido por la acción recíproca de los variados reflejos espinales y tónicos.

Desviación (“Shunting”): los impulsos aferentes de los músculos y articulaciones influencian el estado inhibitorio y excitatorio de los centros espinales en el Sistema Nervioso Central “Shunting” nos da la posibilidad de dirigir los impulsos aferentes dentro de los canales predecibles (grupos de músculos) por medio de la posición del cuerpo. (Posturas Inhibitorias Reflejas).

Papel de la familia

El niño con parálisis cerebral pasa gran parte de su tiempo en su hogar, por lo que el apoyo familiar es muy importante, pero básicamente, el de los padres. Con el tratamiento realizado en un departamento de Fisioterapia, no se podrá jamás resolver el problema de estos pacientes, lo que hace que los padres han de preocuparse por convertir dicho tratamiento en una actividad básica de la vida del niño. Es por ello que la total cooperación de los padres y demás miembros de la familia resulta de capital importancia, pues sólo así se lograrán los objetivos planteados en el tratamiento de esta afección neurológica. Para este trabajo, todas las personas que cooperen en el manejo y tratamiento del niño deberán conocer algunas cuestiones fundamentales como son: La comprensión de las deficiencias y trastornos del niño, las habilidades para realizar los ejercicios por sí sólo, para lo que requiere del asesoramiento del fisioterapeuta.

Los padres deberán conocer lo que se hace con su niño en el tratamiento, así como los objetivos. Cuando se tratan a los niños, las madres, y a veces los padres, se encuentran presentes y se les debe explicar lo que se está haciendo, así como el por qué se hace; así mismo se realizan prácticas con ellos de modo que aprendan a continuar con parte del tratamiento en el hogar y la manera que tienen que “manejar” al niño a fin de ayudarlo con sus propios movimientos durante el día.

Antes de asesorar a los padres respecto al tratamiento o manejo del niño en el hogar, debemos conocer detalladamente lo que el niño puede y no puede hacer, y además comprender las razones por las cuales el niño no puede hacer algo específico, y el por qué de otras cosas que realiza de forma anormal. Todo niño con parálisis cerebral evidencia una postura anormal y se mueve de maneras anormales.

Los terapeutas deben asegurarse de que los padres comprendan:

a) Las dificultades de su niño.

b) Las cosas que su niño puede y debe hacer en cualquier etapa y el por qué.

c) El peligro de que aparezcan deformidades si el niño continúa utilizando nada más que ciertos patrones anormales.

Se debe pedir frecuentemente a la madre que haga el tratamiento ella misma, para que el terapeuta tenga idea de lo que ella está haciendo en casa y cuánto ella comprende de lo que se debe hacer; aconsejándola y corrigiéndola cuando sea necesario.