

# REQUISITOS DE ADMISIÓN

Adjuntar a ésta solicitud Currículum Vitae.

Se comunicará expresamente a los alumnos admitidos las condiciones para formalizar la matrícula y la forma de pago.

Los interesados deberán enviar la solicitud y el C.V. antes del 1 de Diciembre de 2006 a la secretaría del curso:

Escuela Universitaria de Enfermería y  
Fisioterapia San Juan de Dios.  
C/ Serrano, 199 – 28016 MADRID  
Teléfono: 91.564.18.68 – Fax: 91.564.39.81  
e.e.: sanrafael@ueuf.upcomillas.es

## DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN:

D.ª Laura Martínez y Martínez Tercero

## SECRETARÍA TÉCNICA:

D. Carlos Calleja de Frutos

## RESPONSABLE DE POSTGRADO DE LA E.U.E.:

D.ª Paloma Huerta Cebrián

## DESTINATARIOS:

Fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales y otros profesionales del mundo de la salud, que trabajen directamente con niños con alteraciones sensoriomotoras y que deseen ampliar sus conocimientos para completar y mejorar su ejercicio profesional.

**NÚMERO MÁXIMO DE PARTICIPANTES: 25**

## TASAS:

Profesionales: 1.080 €

Antiguos alumnos U.P. Comillas: 962 €

La inscripción incluye 10 comidas

## DURACIÓN DEL CURSO ESTRUCTURA Y FECHAS:

El curso consta de tres módulos con un total de 100 horas de duración (Horas de teoría 64. Horas prácticas 36).

**MODULO I:** Abordaje multiprofesional del niño con Patología neurológica (40 horas).

12 y 13 enero

26 y 27 enero

9 y 10 febrero

**MODULO II:** Concepto de Estimulación Basal (25 horas).

23 y 24 febrero

16 y 17 marzo

**MODULO III:** Concepto de tratamiento Bobath (35 horas).

12, 13 y 14 abril

27 y 28 abril

## COLABORAN:



Curso



Intervención  
Terapéutica en  
Alteraciones  
Neurológicas  
Pediátricas.



(1ª Edición)

Enero/Abril 2007



ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA "SAN JUAN DE DIOS"  
Integrada en la Universidad Pontificia Comillas

**INTRODUCCIÓN**

El curso de Intervención Terapéutica en Alteraciones Neurológicas Pediátricas tiene como finalidad aportar conocimientos y herramientas de trabajo útiles para la terapia de niños con alteraciones neurológicas. Nos parece fundamental centrar la formación en dos conceptos de tratamiento: La estimulación basal y el concepto Bobath. La estimulación basal como amplio abordaje en la intervención del niño plurideficiente y el concepto Bobath como opción terapéutica en niños con trastornos sensoriomotores.

**OBJETIVO**

Brindar formación a los terapeutas noveles en el área de tratamiento neurológico infantil, tanto en el abordaje multiprofesional, como en conceptos específicos de tratamiento, con el fin de realizar una terapia integral, completa y eficaz.

**CONTENIDOS**

**MÓDULO I:** abordaje multiprofesional del niño con patología neurológica.

- ♣ Anatomofisiología del SNC.
- ♣ Pruebas complementarias.
- ♣ Patología neurológica más frecuente.
- ♣ Alteraciones en neonatología.
- ♣ Alteraciones pediátricas.
- ♣ Aspectos psicológicos más importantes.
- ♣ Tratamiento farmacológico. Toxina Botulínica.
- ♣ Alteraciones osteoarticulares.
- ♣ Tratamiento ortopédico y quirúrgico.
- ♣ Ortesis y prótesis.
- ♣ Principales ayudas técnicas.
- ♣ Neuropsicología.
- ♣ Recreo en el agua. Concepto Halliwick.

**MÓDULO II:** Concepto de Estimulación Basal

- ♣ Concepto de estimulación basal.
- ♣ Principios de estimulación basal.
- ♣ Criterios para la intervención.
- ♣ Abordaje del niño plurideficiente.

**MÓDULO III:** Concepto Bobath.

- ♣ Movimiento Normal.
- ♣ Alteraciones sensoriomotrices.
- ♣ Principios del concepto Bobath.
- ♣ Amplio abordaje de tratamiento: Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional.

**METODOLOGÍA**

- ♣ Medios audiovisuales.
- ♣ Prácticas en el aula.
- ♣ Módulos II y III teórico-prácticos.
- ♣ Demostraciones de tratamiento con pacientes pediátricos.

**EVALUACIÓN**

- ♣ Asistencia obligatoria al 90% de cada uno de los módulos.
- ♣ Evaluación continuada en el aula con valoración de casos prácticos.

**PROFESORES**

- ♣ Dña JUANA ALARCÓN ALACIO, Neuróloga. Servicio de Neurología del Hospital San Rafael, Madrid.
- ♣ D. SANTIAGO AMAYA ALARCÓN, Traumatólogo-Ortopeda, Servicio de Traumatología y Ortopedia Infantil del Hospital San Francisco de Asís, Madrid.
- ♣ D. CARLOS CALLEJA DE FRUTOS, Fisioterapeuta. Profesor colaborador de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia "San Juan de Dios" COMILLAS. Terapeuta Bobath.
- ♣ Dña. MARISA FRONTERA AVELLANA, Fisioterapeuta, Tutora Bobath. Equipo de Neurorehabilitación Infantil Centro Tuset. Barcelona.
- ♣ Dña. SILVIA FUENTES VÍA, Logopeda Bobath. Psicomotricista. Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona. Terapeuta Bobath.
- ♣ D. ANTONIO GANCEDO BARANDA Médico Pediatra. Hospital Fundación Alcorcón. Madrid.
- ♣ Dña. ISABEL GAVIÑA BARROSO, Fisioterapeuta. Profesora de la Universidad CEES. Centro de fisioterapia infantil LM de Madrid. Asociación de recreo en el agua. Terapeuta Bobath.
- ♣ D. EMILIANO IZQUIERDO GARCÍA-CARO, Técnico Ortopeda.
- ♣ Dña. M<sup>o</sup> DOLORES MANSILLA POZUELO, Psicóloga. Profesora colaboradora de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia "San Juan de Dios" COMILLAS
- ♣ Dña. LAURA MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ-TERCERO, Fisioterapeuta. Profesora colaboradora de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia "San Juan de Dios" COMILLAS. Centro de Fisioterapia Infantil. L.M. Madrid. Terapeuta Bobath.
- ♣ Dña. BEATRIZ MATESANZ GARCÍA, Terapeuta Ocupacional. Profesora Colaboradora de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos. Terapeuta Bobath.
- ♣ D. SAMUEL IGNACIO PASCUAL PASCUAL, Neurólogo, Pediatra. Servicio de Neurología del Hospital Infantil "La Paz". Madrid.
- ♣ D. CARLOS PÉREZ GEREZ, Especialista y formador en Estimulación Basal. Centro de Educación Especial "Balmes". Barcelona.
- ♣ D. LUIS MIGUEL RECUERO BURGUILLOS, Técnico Ortopeda. Especialista en Ayudas Técnicas por la UCM. CAT "Sin Barreras". Madrid.
- ♣ D. LUIS ALBERTO TORRES FONSECA, Fisioterapeuta. Neuropsicólogo. Hospital de la Fuenfría. Madrid.

**BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN:  
"CURSO DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN ALTERACIONES NEUROLÓGICAS PEDIÁTRICAS"  
(1ª edición) 2007**

Apellidos y Nombre \_\_\_\_\_ N.I.F. \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_  
 Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 C.P. \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_ Correo Elec. \_\_\_\_\_  
 Profesión \_\_\_\_\_  
 Ctro. Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Profesional \_\_\_\_\_  
 Habiendo leído y aceptado los requisitos y condiciones: \_\_\_\_\_ Fecha y firma: \_\_\_\_\_

Antiguos alumnos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_