

TEMA I.

ASPECTOS GENERALES DE LA FISIOTERAPIA INFANTIL

La fisioterapia pediátrica constituye una disciplina clínica en constante evolución, caracterizada por avances continuos en áreas como la neurofisiología, la biomecánica, el control y aprendizaje motor, el desarrollo de la habilidad del movimiento y la práctica psicomotriz. Estos avances han permitido al fisioterapeuta pediátrico adquirir nuevas perspectivas teóricas y propiciar un cambio sustancial en las prácticas clínicas en el ámbito pediátrico.

Es fundamental reconocer que el niño no es una versión reducida del adulto; su desarrollo es un proceso dinámico que, iniciado en la etapa embrionaria, trasciende el simple crecimiento físico para convertirse en un aprendizaje y adaptación constantes, mediados por la interacción con el entorno más próximo.

El sistema nervioso, al nacer, no se encuentra completamente desarrollado. La adquisición del control motor y el aprendizaje de nuevas habilidades representan estímulos fundamentales para el sistema nervioso, promoviendo la activación de nuevas conexiones sinápticas que dependen en gran medida de la práctica y las oportunidades que el niño tiene para interactuar con su entorno.

En el caso de los niños con discapacidad, las oportunidades proporcionadas por el entorno son esenciales, especialmente aquellas ofrecidas por la unidad familiar y el personal encargado de su cuidado. En este contexto, la intervención del fisioterapeuta se extiende más allá del tratamiento directo, involucrando a los padres en el proceso terapéutico y en el aprendizaje motor del niño. No obstante, es importante evitar sobrecargar a la familia con un exceso de ejercicios; más bien, el fisioterapeuta debe adaptar las indicaciones a las necesidades y el nivel de competencia de los padres, con el objetivo de que comprendan las estrategias terapéuticas y los métodos de manejo, facilitando así que los objetivos se establezcan dentro del entorno familiar. Estas orientaciones deben ajustarse a factores como la edad del niño, el grado de afectación, el tipo de colaboración y el estado de alerta del niño.

El fisioterapeuta pediátrico está capacitado para atender a niños de diversas edades, desde neonatos hasta adolescentes. Para ello, es imprescindible contar con un conocimiento profundo sobre las distintas etapas del desarrollo y sus implicaciones en todos los aspectos del crecimiento. A lo largo de su formación, el fisioterapeuta pediátrico también aprende que la personalidad del niño se desarrolla de manera paralela a su crecimiento físico, y en ocasiones, este profesional crece emocionalmente junto al niño. El niño, por su parte, reconoce que el fisioterapeuta es consciente de sus limitaciones, sabe cómo brindarle apoyo y qué habilidades motoras puede exigirle. Esta relación de confianza resulta fundamental, ya que, a través de las interacciones durante las sesiones, el fisioterapeuta puede contribuir al fortalecimiento de la autoestima del niño, especialmente en aquellos momentos en que se vea afectada por la falta de independencia funcional y personal. Es crucial que el fisioterapeuta sea sensible a este posible sufrimiento, que en ocasiones puede pasar inadvertido para los adultos.

En el caso de los niños más pequeños, la intervención del fisioterapeuta puede centrarse en ayudar a los padres a comprender las necesidades de movimiento de su hijo, brindándoles orientación sobre cómo fomentar la actividad motriz. Para niños de mayor edad, la intervención puede incluir motivación a través del juego, lo cual permite la incorporación de ejercicios y posturas que adquieren relevancia dentro de un contexto lúdico. Incluso en niños mayores, la colaboración con los objetivos terapéuticos puede ser facilitada mediante el juego y la fantasía, de manera que el niño entienda gradualmente la importancia del esfuerzo físico. Un niño de 4 o 5 años puede comprender que, para mejorar su rendimiento al lanzar una pelota, debe colaborar con los objetivos terapéuticos y estar dispuesto a realizar un esfuerzo en consecuencia.

El fisioterapeuta pediátrico tiene la capacidad de tratar a niños preadolescentes que, a medida que avanzan en edad, se vuelven cada vez más conscientes de sus limitaciones, experimentando una mayor percepción de las diferencias con sus pares y, en muchos casos, sintiendo discriminación. En esta etapa, el niño puede comprender con mayor claridad los objetivos terapéuticos y estar motivado para esforzarse en la búsqueda de mayor autonomía. Sin embargo, es posible que, debido al cansancio emocional y físico de la constante lucha, las estrategias terapéuticas implementadas por el fisioterapeuta contribuyan a que no abandone el desafío de incrementar su independencia.

En este sentido, la intervención del fisioterapeuta debe ser flexible y estar preparada para adaptarse a las diversas necesidades que surgen a lo largo del proceso de crecimiento. Las patologías que pueden ser abordadas por este profesional son diversas y abarcan una amplia gama de condiciones:

- Problemas neurológicos
- Problemas traumatológicos
- Problemas reumatológicos
- Patología respiratoria
- Síndromes congénitos
- Prematuridad
- Retrasos en el desarrollo
- Retrasos psicomotrices
- Otras patologías

La planificación de las propuestas terapéuticas debe considerar varios factores fundamentales, entre los cuales destacan: la edad cronológica y cognitiva del niño, el grado de autonomía motriz y funcional, los intereses lúdicos del niño, los recursos técnicos y materiales necesarios para facilitar la actividad terapéutica o lúdica, así como los objetivos terapéuticos tanto globales como específicos, los cuales deben estar alineados con la patología específica de cada niño. Estos objetivos se abordan en distintas áreas:

- A nivel físico (hipotonía, espasticidad, rigidez, distonía, atrofia, entre otros).
- A nivel sensorial (ceguera, baja visión, problemas auditivos, trastornos sensorio-perceptivos, etc.).

- A nivel emocional (inhibición, pasividad, hiperactividad).
- A nivel psíquico (retraso cognitivo, psicosis, autismo, entre otros).

El proceso de alcanzar los objetivos terapéuticos está profundamente influenciado por la motivación individual de cada niño. La creatividad y la adaptabilidad del fisioterapeuta son esenciales para diseñar estrategias variadas, que pueden incluir juegos y canciones que fomenten la imaginación del niño, así como el uso de una firmeza metodológica. La intervención del fisioterapeuta debe integrar el juego como una forma de aprendizaje, asegurando que las actividades sean apropiadas para el nivel de habilidad de cada niño y fomenten el aprendizaje motriz de manera efectiva.

1.1. Trabajo interdisciplinar

El fisioterapeuta pediátrico trabaja, con frecuencia, en coordinación con un equipo interdisciplinario de profesionales de diversas áreas, como terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos, pedagogos, educadores y médicos especialistas. La colaboración estrecha y la alineación de los objetivos terapéuticos entre los distintos miembros del equipo son cruciales para mejorar la receptividad del niño a los procesos de aprendizaje. Este enfoque interdisciplinario se caracteriza por la cooperación activa y la integración de conocimientos provenientes de distintas disciplinas, favoreciendo una comprensión integral de las dificultades, problemas y necesidades del niño y su familia.

Un equipo interdisciplinar funciona de manera eficaz cuando se cumplen ciertos principios fundamentales:

- El reconocimiento del valor del conocimiento de cada profesional, lo que permite identificar y abordar las dificultades y necesidades de los niños y sus familias desde diversas perspectivas.
- La disposición de cada miembro para reconocer que su especialización no es suficiente por sí sola para abordar la complejidad del caso, y que es necesario un análisis colaborativo, reflexión y crítica constructiva por parte de todos los miembros del equipo.
- El compromiso con los acuerdos establecidos por el equipo, lo que implica que cada miembro asuma las decisiones tomadas de manera responsable y las ejecute siguiendo la metodología acordada.
- El respeto mutuo entre los miembros del equipo, lo cual incluye la gestión adecuada de los conflictos que puedan surgir.

1.2. Diseño del programa terapéutico

El diseño de un programa terapéutico debe garantizar la continuidad en las actividades diarias del niño, integrando estas prácticas en su entorno cotidiano. En este contexto, el fisioterapeuta desempeña un papel clave en la orientación, asesoramiento y creación de materiales adaptados que faciliten la inclusión de la actividad terapéutica en los diferentes contextos del niño. Este enfoque implica colaborar estrechamente con las personas que interactúan diariamente con el niño. Si el niño asiste a una escuela, ya sea ordinaria o especial, es crucial coordinarse con el personal docente; si se encuentra hospitalizado, la colaboración con el equipo médico y de enfermería es igualmente esencial.

El fisioterapeuta debe ser consciente de los recursos naturales en los que el niño se desenvuelve y adaptar su intervención terapéutica a las necesidades particulares de ese entorno. La adecuación de la terapia al contexto de vida del niño se logra mediante la información y el asesoramiento a los padres y al personal encargado de su cuidado, así como a través del uso de materiales adaptados.

El fisioterapeuta pediátrico debe reconocer que, al igual que cada niño es único, la experiencia y los conocimientos específicos de cada profesional siempre serán insuficientes. En consecuencia, es esencial mantenerse actualizado respecto a las teorías y las investigaciones actuales, las cuales contribuirán a la eficacia en el establecimiento de objetivos y en la planificación de las distintas estrategias terapéuticas. La formación continua, la posibilidad de crear grupos de trabajo y el esfuerzo por organizar sesiones clínicas en diversos contextos laborales son actividades fundamentales que impulsan al fisioterapeuta, constituyendo herramientas indispensables para mejorar tanto el diagnóstico como el tratamiento de los trastornos que afectan al aprendizaje motor en la infancia. Es crucial reconocer que esta tarea no solo responde a la intervención terapéutica, sino también a una labor preventiva que promueve la autonomía e independencia de un sector de la población.

Las sesiones de tratamiento deben estructurarse de manera que:

- Por un lado, faciliten al niño el aprendizaje de nuevas conductas motrices y habilidades funcionales que le permitan dominar su entorno.
- Por otro lado, sean útiles para la familia, permitiéndoles comprender el significado de la patología que afecta a su hijo, de modo que puedan colaborar funcionalmente en el proceso, sin necesidad de realizar los ejercicios propios de la fisioterapia, pero fomentando la comprensión, el respeto hacia la evolución del niño, así como la adaptación y aceptación de las dificultades que presenta.

La planificación del tratamiento requiere, en todos los casos, un tiempo previo para:

1. Escuchar las preocupaciones y malestares subjetivos que los padres expresan durante la entrevista inicial, en relación con las dificultades que presenta su hijo.
2. Intentar comprender el tipo de interacción que el niño establece con las personas y el entorno que le rodea.
3. Establecer una relación de confianza tanto con el niño como con la familia.
4. Observar las capacidades y dificultades del niño, así como su actitud frente a ellas.
5. Identificar los recursos y estrategias terapéuticas más adecuadas para facilitar su evolución y alcanzar el máximo grado de funcionalidad y autonomía.

Para lograr este aprendizaje, las estrategias terapéuticas disponibles incluyen:

- a. Diversas técnicas terapéuticas basadas en conceptos teóricos altamente especializados (como Bobath, Vojta, Le Metayer, osteopatía, estimulación basal, estimulación sensorio-propioceptiva, terapia craneosacral, actividad acuática, ejercicio terapéutico, hipoterapia, entre otras), con las cuales el fisioterapeuta debe estar formado e identificado.

- b. Conocimiento de los distintos recursos materiales y técnicos que faciliten dicho aprendizaje.
- c. La participación activa del niño, dentro de sus posibilidades, en todas las actividades terapéuticas propuestas.

El aprendizaje motor se basa en el interés y la motivación del niño para dominar su entorno y su propio cuerpo. Por ello, al planificar el tratamiento, se deben considerar una serie de condiciones que favorezcan dicho aprendizaje:

- Un entorno material y físico adecuado.
- La práctica constante como medio para aprender.
- La repetición como mecanismo esencial para la integración del aprendizaje.
- La implicación del córtex cerebral, responsable del control voluntario y de los ajustes posturales, como factor determinante en el aprendizaje motor.
- La capacidad del niño para iniciar de manera autónoma el movimiento, con intencionalidad y repetición, lo que facilita la integración de la acción motriz.

1.3. Fisioterapia pediátrica y familia

En cuanto al papel del fisioterapeuta pediátrico y la familia, uno de los aspectos más complejos y, a la vez, más relevantes de la intervención es la relación que se establece con los familiares. Debido al tipo de intervención y a la corta edad de los niños atendidos, los padres suelen estar presentes en las sesiones durante la primera fase del tratamiento, aunque la duración de esta fase dependerá de cada caso en particular. Es frecuente que el fisioterapeuta se enfrente a diversos procesos emocionales que atraviesan las familias, los cuales requieren una atención especial.

En las primeras etapas del tratamiento, es común observar una serie de reacciones emocionales entre los padres, como las siguientes:

- 6. La aparición de sentimientos de culpa, los cuales pueden persistir durante un tiempo prolongado e impedir a los padres comprender con claridad su responsabilidad en la situación.
- 7. La incertidumbre sobre su capacidad como padres de un niño con un desarrollo diferente, lo que genera sentimientos de inseguridad y angustia ante lo desconocido.
- 8. La negación o el temor de reconocer las dificultades, lo que puede llevar a los padres a aislarse, tanto de la familia como de su entorno social, lo que puede desencadenar en estados de depresión.

Ante la confirmación de un diagnóstico, cada padre reacciona de manera diferente:

- Algunos cuestionan la profesionalidad de los especialistas, descargando su frustración hacia el terapeuta, convenciéndose de que el especialista no es adecuado debido a la falta de conocimiento o de actualización de técnicas.
- Otros proyectan su agresividad hacia la discapacidad en sí, utilizando esta energía para buscar soluciones y caminos alternativos que les ayuden a afrontar la situación.

- Algunos justifican el problema, restando importancia a las dificultades, y otros optan por la negación, buscando constantemente nuevos especialistas que les devuelvan la esperanza en un hijo que no se ajusta a sus expectativas.

El enfrentamiento constante con la fragilidad de algunos niños, como los nacidos prematuramente o con múltiples deficiencias, genera en los padres una gran dificultad para vincularse emocionalmente con ellos, lo cual puede acentuarse si el niño presenta un pronóstico incierto. Los padres de niños con condiciones de alto riesgo pueden experimentar alteraciones emocionales recurrentes que reviven las crisis iniciales.

Además, los padres tienden a centrarse en el futuro, evitando afrontar el presente, con pensamientos como «¿cuándo caminará?», «¿podrá conducir?», «¿qué será de él cuando no estemos?». Esta anticipación puede ser una forma de escapar de la situación dolorosa actual. También es común que los padres experimenten frustración por no haber traído al mundo un hijo sano, lo que puede generar una profunda tristeza y desánimo, incluso llevando a la depresión. Este estado depresivo puede ser considerado como un mecanismo de transición entre una situación idealizada de felicidad y la nueva realidad, permitiendo finalmente que los padres enfrenten la situación de forma más realista.

Los problemas de relación y comunicación con la pareja son frecuentes, ya que cada miembro de la pareja puede vivir la situación de manera diferente, expresando sus sentimientos en distintos momentos. La discapacidad de un hijo puede poner a prueba la relación, y no siempre se supera de manera exitosa. En este contexto, es importante estar atentos al estado emocional de ambos padres y, si es necesario, ofrecerles apoyo externo, como el de un psicólogo o psiquiatra especializado.

En cuanto a los hermanos del niño con discapacidad, es fundamental estar alerta a sus manifestaciones emocionales, ya que pueden sentirse desplazados o sobrecargados con responsabilidades excesivas debido a la atención que requiere el niño con discapacidad. Los hermanos también pueden experimentar sentimientos de tristeza, culpa, celos o frustración, lo que puede afectar profundamente su bienestar emocional.

La reaparición de sentimientos dolorosos, miedos y ansiedades también es frecuente en determinadas situaciones de cambio, como el inicio en la guardería o la escuela, cambios de terapeuta, entre otros. El compromiso con la asistencia al tratamiento puede resultar un desafío para algunos padres, quienes a veces se sienten impotentes y desanimados. En algunos casos, los padres abandonan el tratamiento sin explicación, lo que puede reflejar su frustración por la falta de progreso en el niño o la sensación de insuficiencia de la ayuda recibida.

Por último, algunos padres ocultan información sobre otros tratamientos o profesionales, ya sea por falta de confianza en el fisioterapeuta o porque se sienten cuestionados en su labor parental. Este comportamiento puede dificultar la colaboración y el éxito del tratamiento.

1.4. Actividades terapéuticas recreativas para niños con discapacidad motriz

El ejercicio físico realizado por niños con discapacidad motriz no debe limitarse únicamente a la fisioterapia. Si bien esta última es fundamental para minimizar las consecuencias de una lesión en-

cefálica y para mejorar el potencial de independencia de cara a la vida adulta, existen otros recursos complementarios que pueden ser implementados dentro de un contexto terapéutico-recreativo. La actividad física dirigida a niños con parálisis cerebral (PC) o discapacidad física ofrece una motivación adicional, al mismo tiempo que asegura el cumplimiento de objetivos terapéuticos, adaptados a las capacidades individuales del niño. Estas actividades fomentan la estimulación de habilidades motoras, así como la participación, colaboración, creatividad y disfrute.

Algunos niños con parálisis cerebral presentan experiencias de movimiento limitadas. La disminución del control motor puede verse interferida por alteraciones del tono muscular, lo que contribuye a la formación de patrones posturales y de movimiento incorrectos. No obstante, esto no implica que el niño carezca de interés por interactuar con el movimiento. Es esencial brindar al niño oportunidades para practicar actividades deportivas o recreativas. Estos estímulos, aunque diferentes, pueden proporcionar al niño una experiencia motivadora, contribuyendo positivamente a su aprendizaje motor.

El juego motor experimentado desde temprana edad, a través de las sesiones de fisioterapia, puede facilitar que el niño con PC supere diversas fases motrices, sirviendo de base para futuras actividades deportivas. Entre las opciones terapéuticas para niños con PC se encuentran la actividad acuática, la hipoterapia y los deportes adaptados. Cada una de estas alternativas busca no solo ofrecer beneficios terapéuticos, sino también promover una experiencia lúdica y recreativa enriquecedora.

La **actividad acuática** no solo tiene como objetivo el aprendizaje de la natación, sino que también permite disfrutar de sensaciones únicas, especialmente la eliminación de los efectos de la gravedad. Esto facilita un ambiente propicio para la movilidad y el control postural, a la vez que potencia la percepción sensorial y el bienestar general del niño.

La **hipoterapia**, por su parte, es una modalidad terapéutica que emplea la equitación para tratar a personas con dificultades en el control postural y la coordinación. Durante las sesiones de hipoterapia, el caballo actúa como una base de soporte dinámica, sobre la cual el niño debe coordinar sus movimientos. Los movimientos rítmicos del caballo generan una fuerza de conducción que impulsa el cambio en el sistema motor del niño, facilitando la mejora en la coordinación y el control postural. Esta actividad permite que el niño con PC aprenda a anticipar los movimientos del caballo y a realizar ajustes posturales compensatorios, favoreciendo la integración de patrones motores coordinados. La hipoterapia no sólo promueve la estabilización postural, sino que también fomenta la exploración de nuevas estrategias de movimiento y coordinación. Sin embargo, se requiere de más estudios que evalúen de manera precisa su influencia en el control postural y la capacidad funcional de los niños con discapacidad.

El **deporte adaptado** para niños y adolescentes con parálisis cerebral ha evolucionado significativamente en las últimas dos décadas. Si bien hace veinte años era una práctica relativamente desconocida, actualmente se han desarrollado numerosas competiciones y actividades deportivas específicas, que alcanzan niveles de alto rendimiento. Este avance ha sido posible gracias a las iniciativas de asociaciones y personas comprometidas con la inclusión, así como a la creciente difusión social y el despertar del interés desde edades tempranas. Además, las personas con parálisis cerebral han luchado por tener

acceso a las mismas oportunidades deportivas que el resto de la población. Los objetivos principales de estas actividades deportivas son potenciar las habilidades físicas del niño, estimular el desarrollo psicológico y favorecer el proceso de socialización tanto individual como grupal, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida de los niños con parálisis cerebral.

El programa de deportes adaptados puede incluir una amplia gama de actividades, tales como atletismo, Boccia, natación, juegos psicomotores e iniciación deportiva. Estas actividades no solo ayudan a mejorar la condición física de los niños, sino que también refuerzan su confianza, autoestima y capacidad de interacción social.

En definitiva, la fisioterapia pediátrica no debe entenderse como una intervención aislada sobre una patología, sino como un acompañamiento integral en el proyecto de vida del niño y su familia. Al integrar los avances en neurociencia con un enfoque centrado en el entorno y el juego, el fisioterapeuta logra transformar el esfuerzo terapéutico en una experiencia de aprendizaje significativa. El éxito de la intervención no se mide únicamente por la adquisición de hitos motores, sino por la capacidad del niño para participar activamente en su sociedad, fortalecer su autoestima y alcanzar el máximo grado de autonomía. Es, en última instancia, una labor de equipo donde la técnica, la sintonía, afinidad y la adaptabilidad se unen para abrir nuevas puertas hacia el futuro.

2. REFERENCIAS

- ADOLPH, K. E., & HOCH, J. E. (2019). Motor Development: Embodied, Embedded, Enculturated, and Envolving. *Annual Review of Psychology*, 70, 141-164.
- CAMPBELL, S. K., PALISANO, R. J., & ORLIN, M. N. (2018). *Physical Therapy for Children* (5th ed.). Elsevier.
- CAMPION, M. R. (2017). *Hydrotherapy in Pediatrics*. Butterworth-Heinemann. (Relevante para el trabajo en equipo y seguridad).
- CANO DE LA CUERDA, R., & MOLERO SÁNCHEZ, A. (2015). *Control y aprendizaje motor: Fundamentos, desarrollo y reeducación del movimiento*. Editorial Médica Panamericana.
- GARCÍA, A., & PÉREZ, J. (2019). *Deporte adaptado y discapacidad: Un enfoque desde la fisioterapia y la educación física*. Editorial Síntesis.
- GETZ, M., HUTZLER, Y., & VERMEER, A. (2006). Effects of aquatic interventions in children with neuro-motor impairments: A systematic review of the literature. *Clinical Rehabilitation*, 20(11), 927-936.
- GURALNICK, M. J. (2011). Why Early Intervention Works: A Systems-Developmental Perspective. *Infants & Young Children*, 24(1), 6-28.
- KING, G., ET AL. (2009). A conceptual model of the factors affecting the recreation and leisure participation of children with disabilities. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 23(1), 63-90.
- LEVITT, S., & ADDISON, A. (2018). *Treatment of Cerebral Palsy and Motor Delay*. John Wiley & Sons.
- MACIAS, L., & FAGOAGA, J. (2018). *Fisioterapia en Pediatría* (2ª ed.). Editorial Médica Panamericana. (Obra de referencia en español que cubre todas las patologías mencionadas).

- MAYSTON, M. (2014). El Concepto Bobath en la actualidad. *Revista de Neurología*, 38, 20-25. (Para el apartado de técnicas especializadas).
- NOVAK, I., ET AL. (2020). State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Children with Cerebral Palsy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(11), 2004-2041. (Fundamental para justificar la efectividad de las terapias).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2001). CIF-IA: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: Versión para la Infancia y la Adolescencia. OMS.
- PALISANO, R. J., ET AL. (2012). Family-centered care of children with physical disabilities: A survey of clinicians. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 32(3), 253-266.
- ROSENBAUM, P., & GORTER, J. W. (2012). The 'F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! *Child: Care, Health and Development*, 38(4), 457-463. (Esencial para la visión integral: Function, Family, Fitness, Fun, Friends, Future).
- SÁNCHEZ DE MUNIÁIN, P. (2014). Estimulación Basal: El concepto de Andreas Fröhlich. Cuadernos de la Fundación Dr. Robert.
- SHUMWAY-COOK, A., & WOOLLACOTT, M. H. (2023). *Motor Control: Translating Research into Clinical Practice* (6th ed.). Wolters Kluwer. (Fundamental para el apartado de aprendizaje motor y control voluntario).
- VERSCHUREN, O., ET AL. (2016). Exercise and physical activity recommendations for people with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(8), 798-808.
- VOJTA, V., & PETERS, A. (2011). *El principio Vojta*. Ediciones Morata.
- ZADNIKAR, M., & KASTRIN, A. (2011). Effects of hippotherapy and therapeutic horseback riding on postural control or balance in children with cerebral palsy: A meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53(8), 684-691.