



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD REGIONAL 304 ORIZABA

MONOGRAFÍA

“DESAFÍOS DOCENTES EN LA ATENCIÓN CON ALUMNOS
Y ALUMNAS CON PARÁLISIS CEREBRAL”

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN EDUCACIÓN

PRESENTA

LAURA PALACIOS FLORES

DIRECTORA DE MONOGRAFÍA

L.E.E. MARÍA TERESA MARTÍNEZ MORALES

ORIZABA, VERACRUZ

ABRIL 2020



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO



SEV
Secretaría
de Educación

SEMSyS
Subsecretaría de Educación
Media Superior y Superior



UNIVERSIDAD
PEDAGÓGICA
NACIONAL

24-ABRIL-2020
Oficio No. UPN/304/0308/2020
Orizaba, Veracruz, México

**PROFRA.
LAURA PALACIOS FLORES
EGRESADA DE LA LICENCIATURA EN EDUCACIÓN
PRESENTE**

En mi calidad de presidente de la comisión de Titulación de la unidad 304 de Universidad Pedagógica Nacional por este conducto le informo que, como resultado del análisis y evaluación realizada por la comisión dictaminadora asignada a su trabajo de monografía titulado, *Desafíos docentes en la atención con alumnos con parálisis cerebral*, este ha sido dictaminado como **Aceptado**.

En virtud de lo anterior puedo proceder a la impresión de su monografía a efecto de tramitar el examen profesional para la obtención del grado de **Licenciada en Educación**.

ATENTAMENTE
"EDUCAR PARA TRANSFORMAR"

MTRO. HUGO-LUIS BANDALA RIVERA
PRESIDENTE DE LA COMISION DE LA TITULACIÓN
Y DIRECTOR UNIDAD UPN 304



DEDICATORIA

Querida Itzayana, hija mía. Fuiste sin duda alguna mi inspiración total. Eres una gran pieza que vino a poner forma a esta estructura. Te amo princesa. No dudes, en saber algún día que estas siguientes líneas fueron realizadas siempre pensando en ti...

AGRADECIMIENTOS

Para finalizar, y a pesar de la tardanza de este trabajo, quiero expresar mi gratitud a todas las personas que de una u otra manera han estado presentes durante esta etapa de mi vida.

A los profesores, administrativos y directivos de este plantel; así como a usted Directora de Monografía Maestra María Teresa Martínez Morales gracias por confiar en mí y en este trabajo. Por su paciencia, por orientarme y ayudarme hasta el final, puntualizando hasta los mínimos detalles. Igualmente, su magia por seguir investigando nos contagia a todos. Por sus bellas charlas y sobre todo por sus sabios consejos que me expresó siempre. Sería larga la lista de asesores, maestros y maestras que por este bello caminar sembraron mucho en mí. A todos ustedes gracias.

A mi mamá, por una vida dedicada al trabajo, por inculcarnos a mi hermano y a mí el estudio, pensando en que ésta es la mejor herencia que podemos tener. De aquí hasta el cielo mamita, va por ti.

A mi querida y gran amiga Nohemí Priscila Morales Cabrera, que siempre tuvo palabras de aliento para llegar hasta este lugar.

A mi familia que formé, les doy las gracias por esas noches de desvelo, por hacerlos a un lado y a pesar de todo organizándome siempre supe cumplir en todo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN -----	7
JUSTIFICACIÓN -----	10
TEMA 1: CONTEXTUALIZACIÓN DE PARÁLISIS CEREBRAL DESDE ENFOQUE MÉDICO -----	12
1.1 Diagnóstico diferencial de parálisis cerebral-----	12
1.2 Origen y causa sobre parálisis cerebral -----	14
1.3Parálisis motoras. Etiología -----	16
TEMA 2: DISCAPACIDAD INTELECTUAL -----	18
2.1 Clasificación -----	18
2.2 Diferentes puntos de vista sobre inteligencia-----	20
2.3 Discapacidad intelectual -----	23
2.4 Aspectos comunicativos: lenguaje y escritura de los alumnos y alumnas con parálisis cerebral -----	25
TEMA 3: MARCO LEGAL-----	26
3.1 Ley General para la Inclusión de las personas con discapacidad -----	26
3.2 Acuerdos según la Organización Mundial de la Salud sobre la convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad -----	27
TEMA 4: EL CURRÍCULUM DE LA EDUCACIÓN BÁSICA -----	30
4.1 El papel del educador en el diagnóstico psicoeducativo -----	30
4.2 Educación infantil del alumno con parálisis cerebral -----	33
4.3 Acción educativa en alumnos y alumnas con parálisis cerebral -----	35

4.4 Alumno con parálisis cerebral en la escuela-----	38
4.5 Intervención educativa-----	38
4.6 Barreras para el aprendizaje-----	40
4.7 Adaptación curricular-----	43
4.8 Clases adaptativas -----	46
TEMA 5: PADRES DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL-----	55
5.1 Trabajo en casa con alumnos de parálisis cerebral -----	55
5.2 Terapias -----	56
5.3 Entorno familiar-----	58
5.4 Aceptación al mundo social con un niño discapacitado -----	60
Conclusiones-----	61
Bibliografías -----	65

INTRODUCCIÓN

En esta monografía se dará a conocer la patología de la parálisis cerebral, tratándose con mayor intensidad en su evaluación, rehabilitación fisioterapéutica y desempeño escolar. También se expondrá información de cómo son los desafíos docentes en la atención con alumnos y alumnas con parálisis cerebral y se conozca cómo se desenvuelven y relacionan dos profesiones o más en atención al alumno con estos padecimientos. La metodología que apliqué para esta monografía fue una investigación documental.

Objetivo General: En esta monografía se pretende dar a conocer el manejo en el aula con alumnos y alumnas con PCI.

Objetivos Específicos:

- Dar a conocer qué es PCI (Parálisis cerebral infantil) desde un marco conceptual.
- Conocer cómo tratar a estos alumnos y alumnas dentro del aula escolar, cómo enseñarles una adecuada metodología y que los docentes de nivel primaria conozcan qué herramientas se pueden disponer para el trabajo con estos alumnos con PCI
- Brindar estrategias de vinculación con la familia para fortalecer el aprendizaje clave y significativo en los alumnos y alumnas con P.C.I.

La presente monografía está estructurada en cinco temas. En el primero se expondrá qué es la parálisis cerebral mediante un diagnóstico, cuáles son las causas que lo producen, sus clasificaciones con las características motoras de sus individuos, la clasificación de la discapacidad derivada de este daño, así como también las alteraciones comunes a todos los individuos que la presentan. Esta información es importante para poder conocer más profundamente de qué se trata y qué y por qué se produce esta patología.

En el segundo tema, se explican sobre las discapacidades intelectuales, su clasificación, la discapacidad intelectual y aspectos comunicativos que afecta, alteran y modifican a los alumnos y alumnas con parálisis cerebral.

Se analiza un marco legal. Leyes que hoy en día son válidas para proteger, cuidar y velar por este tipo de personas que tienen o cuentan con una discapacidad intelectual o física. Y se retoman acuerdos de la Organización Mundial de la Salud. Esto se presenta en el tercer tema.

En el cuarto tema encontraremos el currículum de la educación básica no dejando atrás el diagnóstico psicoeducativo que el mismo docente lleva a cabo para conocer cómo debe tener su educación un alumno con parálisis cerebral, cuáles son las funciones del alumno con parálisis cerebral y cuáles serán sus acciones educativas para con ellos ejecutar dentro del aula empleando herramientas dentro de la escuela y aula a pesar de las barreras con los que se encontraran alumnos, docentes y padres, para poder tener una adaptación curricular que favorezca tanto en clases como en casa.

Y, para finalizar, esta monografía se da a conocer el tratamiento del fisioterapeuta, basándose en los objetivos a mejorar en los niños con parálisis cerebral, los cuales son facilitar el desarrollo psicomotor, reducir la espasticidad, (es un trastorno motor del sistema nervioso en el que algunos músculos se mantienen permanentemente contraídos); reducir las limitaciones funcionales, y, por último, ayudar a la movilidad. Este apartado es de gran importancia ya que en él se explican los métodos para que un niño con parálisis cerebral pueda conseguir una independencia personal y estabilidad ante la sociedad con la que hoy vivimos. El trabajo en casa de estos padres de alumnos que tienen parálisis cerebral nunca acaba, es un proceso largo, lento pero si se trabaja constante se pueden lograr cambios; a qué se enfrentan a fuera de este mundo esos niños con parálisis cerebral en donde se tiene hoy en día una sociedad con diferentes estereotipos y modos de aceptación; qué tipo de terapias requieren y cómo debe de ser su entorno familiar, para así prepararlos para una aceptación por completo. Existen muchas interrogantes, que en ocasiones ni la ciencia puede dar

respuesta, pero si tenemos alumnos y alumnas dentro del aula con parálisis cerebral no faltará más que siempre darles más conocimientos porque en ocasiones su capacidad supera la nuestra. Para elaborarlo se ha usado el método inductivo y una técnica documental de recolecta de datos. Para conseguir toda esta información se han utilizado diferentes libros.

JUSTIFICACIÓN

Esta investigación aporta a la sociedad un breve panorama de términos médicos, en donde nos involucramos para conocer terminología de esta índole y comprender mejor esta búsqueda; también nos da esta investigación una amplia gama de las diferentes discapacidades que existen y en la que es de nuestro interés nos desglosa para así ir estructurando este lago de dudas; de igual manera contiene acuerdos que están establecidos por la Organización Mundial de la Salud, esto entrando como en marco legal; así llegamos a lo que nos interesa, conocer el papel del docente dentro de la educación infantil con alumnos que tienen parálisis cerebral y cómo es la acción educativa que éste desempeña a pesar de las barreras que se tienen para así tener una adaptación curricular en cada clase con los alumnos; y, finalmente se sabe que no todo es de la escuela, aquí entran los padres de familia, son un apoyo incondicional ya que ellos siguen trabajando en casa, realizando terapias, involucrando al niño en un entorno familiar y así tener una aceptación en el entorno social, ya como discapacitado.

Al realizar esta extensa búsqueda, me queda una gran satisfacción porque pude comprender desde otra perspectiva personal ajena a terceros y deseando sea de buen resultado; ya que desde mi postura personal es a lo que me enfrento día a día con un niño que tiene parálisis cerebral y quise indagar cómo será su paso por la educación, sé que ellos no van a la par de los demás pero aprenden de igual manera; por eso mi gran interés y hambre de conocer detalladamente cada apartado fue investigado no solo con la mente sino con el corazón. Y quiero que aporte a más compañeros, escuelas, padres, este largo camino con un niño que tiene parálisis cerebral.

Existen alumnos y alumnas con especiales dificultades y con la necesidad de un “espacio vital” para poder realizarse como personas, a pesar de todas sus dificultades y en contra de sus minusvalías y discapacidades. Hace apenas treinta años, la Parálisis Cerebral y otras graves discapacidades del desarrollo, se consideraban una importante barrera en la educación. En aquella época se atribuía una máxima importancia a la minusvalía intelectual, por lo que la mayoría

de los niños aquejados de esta condición se consideraban “medicables” y se les trataba en consecuencia: de ordinario se les ingresaba en una unidad de cuidados especiales o en un hospital.

Las presiones de los padres y el trabajo de los organismos voluntarios, interesados en estos problemas dieron lugar a la creación de escuelas especiales para niños con Parálisis Cerebral y otras discapacidades similares.

Durante los años 50 se caracterizaron por las experiencias y el aprendizaje en este campo, y pudo observarse claramente que era posible impartir una educación significativa a estos niños, independientemente de sus deficiencias intelectuales.

Hoy en día hemos avanzado mucho desde que se estableció la primera escuela especial. Quizá lo más importante es que la educación de los alumnos y alumnas con Parálisis Cerebral depende no solo de la labor del maestro, sino de un equipo interdisciplinario en el que cada uno aporte su granito de arena.

Cuando a unos padres les viene un niño “diferente” les invaden una serie de sentimientos: culpabilidad, pensar en un castigo del cielo, desavenencias matrimoniales y en todo caso, frustración y desesperanza.

Con la finalidad de conocer más detalladamente sobre cómo los alumnos y alumnas que sufrieron una lesión cerebral, van a ir a una escuela, y ésta les va a enseñar; inicie esta búsqueda. Ya que una parálisis cerebral se caracteriza por una lesión cerebral que afecta el movimiento, el tono muscular, la postura y en algunos casos va a unido sensitivos, cognitivos, de comportamiento y epilepsia. Esta lesión se representa en un cerebro inmaduro, esto quiere decir; que el problema puede surgir durante la gestación, en el parto o en los primeros años de vida de los alumnos.

TEMA 1.- CONTEXTUALIZACIÓN DE PARÁLISIS CEREBRAL DESDE ENFOQUE MÉDICO.

1.1 Diagnóstico diferencial de parálisis cerebral

La Parálisis Cerebral Infantil (P.C.I.) es un grupo de trastornos heterogéneos y crónicos, no progresivos aunque sí variables desde el punto de vista clínico, que afectan al movimiento o a la postura, de comienzo temprano, cuyo origen se sitúa en una lesión producida en el cerebro inmaduro. (Aicardi, 1998). Al igual que los especialistas y los padres se quejan de lo inadecuado de la terminología, afirman que no puede definirse el problema. Esa aparente falta de definición halla eco en las salas del Congreso y en las oficinas de los inspectores escolares de cada zona. El problema no consiste en la falta de una definición, sino en la presencia de demasiadas. Tampoco radica en la imposibilidad de abarcar el tema de las incapacidades de aprendizaje sino que consiste, en gran medida, en lo superficial de las ideas aplicadas a esta fase del desarrollo de los alumnos, por parte de un número enorme y creciente de profesionales inadecuadamente preparados. Es una crítica a nivel de preparación académica hecha por universidades que presumen de estar creando personas calificadas en este campo. Hay varias definiciones que han figurado en la literatura hace algún tiempo. En muchos sentidos inadecuados o escasos. Se ha prestado mucha atención a los desacuerdos respecto a minucias de dicha definiciones, que al problema de alcanzar un consenso lógico respecto a lo que en realidad significa el problema. El preocuparse de la definición se ha vuelto en ejercicio de futilidades, y recuerda las discusiones medievales de aquellos teólogos preocupados por averiguar el número de ángeles que podrían caber en la cabeza de un alfiler.

La incapacidad de aprendizaje tiene alguna causa. La incapacidad de aprendizaje es resultado directo de un déficit en el proceso perceptual. La percepción y el procesamiento perceptual tienen una base neurológica. Por lo tanto, si hay un déficit en el procesamiento perceptual, habrá un déficit neurológico, una disfunción u otro término, ya sea que el estado actual del

diagnóstico neurológico permita o no una identificación definitiva del problema. (William, 1990).

En contraste, no hay una Parálisis Cerebral típica; ya que las causas, aspectos clínicos y la gravedad varían de unas personas a otras. La Parálisis Cerebral no es un trastorno progresivo, aunque puede mejorar con la edad y el tratamiento, ya que no tiene cura; no es contagiosa ni suele ser hereditaria.

El diagnóstico diferencial de la causa de un síndrome clínico requiere conocimientos de un orden completamente distinto. Requiere estar familiarizado con los detalles clínicos, el curso y la historia natural de las entidades patológicas más corrientes.

Los hallazgos del examen médico general tienen su importancia. Veamos un ejemplo: fiebre ligera, anemia, soplo cardiaco y esplenomegalia en un caso de apoplejía no explicada indican que la causa más probable de la misma será una endocarditis bacteriana subaguda con oclusión embólica de una arteria cerebral. La pleocitosis del líquido cefalorraquídeo con elevado nivel proteico, oro coloidal anormal y una reacción serológica positiva apoya etiología sífilítica en un paciente con síntomas de apoplejía, demencia progresiva o ceguera.

El diagnóstico anatómico puede sugerir la causa de la enfermedad. Así cuando un síndrome de Horner unilateral, ataxia cerebelosa, parálisis de una cuerda vocal y analgesia facial se dan asociados a una pérdida de las sensaciones de dolor y temperatura en brazo, tronco y pierna de lado contrario, están surgiendo una oclusión de la arteria vertebral, porque todas las estructuras comprometidas residen en el territorio de la misma. En cierto sentido, el diagnóstico anatómico determina y limita las posibilidades patológicas. Si los signos apuntan a una enfermedad de los nervios periféricos no suele ser necesario considerar las causas de enfermedad de la médula espinal. Algunos signos tienen un carácter casi específico; por ejemplo: las pupilas de Argyll Robertson de neurosífilis, o las crisis oculógicas de parkinsonismo postencefálico y de discinesia fenotiacínica.

Si se adopta fielmente el método clínico aquí descrito, el diagnóstico neurológico es relativamente simple. En casi todos los pacientes es posible hacer un diagnóstico anatómico. Ahora bien, la causa de la enfermedad puede resultar más difícil de precisar. Generalmente implica la aplicación inteligente y selectiva de diversas pruebas de laboratorio que se describen más adelante. Hasta el más experimentado neurólogo es incapaz de establecer la causa de numerosos síndromes neurológicos. (Raymond, 1981)

1.2 Origen y causas sobre Parálisis Cerebral

Existen numerosas pautas para el examen del sistema nervioso. Para una descripción detallada de los métodos se remite al lector interesado a las monografías de Denny – Brown. DeJongy del grupo de la Clínica Mayo, cada una de las cuales enfoca el tema desde un punto de vista específico. Se ha ideado gran número de pruebas, y no muestra intención examinarlas todas aquí. Algunas se describen en capítulos ulteriores dedicados a trastornos de la actividad mental, de los nervios craneales y de las funciones motrices, sensoriales y autónomas. Muchas de esas pruebas son de dudoso valor y no deberían enseñarse a los estudiantes de neurología. La mera ejecución de todas ellas en un paciente exigirá varias horas y probablemente en muchos casos no aportaría demasiados conocimientos al examinador. Toda prueba clínica entraña, por lo demás, el riesgo de que el estudiante y el médico la tomen como símbolo inescrutable de la enfermedad y no como medio de describir trastornos de la función del sistema nervioso. Las pruebas que se mencionan seguidamente facilitan la información más útil, son relativamente simples y su número es escaso. (Raymond, 1981)

La serie de alteraciones del Sistema Nervioso Central conocida como Parálisis Cerebral puede ocurrir, en general, como consecuencia de un defecto del desarrollo por fallo genético o como resultado de una lesión o traumatismo al cerebro fetal o infantil.

Muchos casos de Parálisis Cerebral son inexplicables, pero en otros los factores causales son conocidos. A continuación pasamos a enumerarlos:

Factores prenatales. Aproximadamente el 30% de los casos. Sus causas pueden ser:

- Retardo en el crecimiento intrauterino
- Infecciones virales de la madre: rubeola, toxoplasmosis
- Uso de drogas y medicamentos inadecuados
- Prematuridad o hipermadurez
- Intervenciones quirúrgicas sufridas por la madre durante el embarazo.
Anestesia
- Traumatismos directos
- Estados de desnutrición y anoxia cerebral
- Radioactividad (RX)
- Cardiopatías, diabetes, nefropatías o anemias de la embarazada
- Incompatibilidad RH con ictericia y degeneración ganglios basales

Factores perinatales. Los más frecuentes 60 %. Sus causas son:

- Mecánicos: Uso de fórceps, ventosas, etc., que suponen traumatismos craneales
- Asfixiantes: Distocias. Partos violentos, prolongados, vueltas del cordón con la siguiente anoxia
- Hemorragias: De vasos cerebrales del recién nacido.

Factores postnatales: Aproximadamente el 10 %. Pueden ser causados por:

- Enfermedades infecciosas: meningitis, encefalitis (vímica o postvacunal)
- Deshidratación aguda
- Alteraciones metabólicas
- Traumatismos craneales
- Convulsiones en fases precoces de la vida
- Alimentación deficiente

- Alteraciones valvulares cardiacas con embolias y lesión cerebral
- Lesiones expansivas: tumores, hematomas... (Ángel, 1999)

De igual modo, la Parálisis Cerebral es la más frecuente; y se caracteriza por una alteración de los reflejos y del tono muscular; y a su vez, éste tipo de parálisis produce una discapacidad intelectual.

1.3 Parálisis motoras. Etiología

El término parálisis deriva de las palabras griegas para <<al lado de, fuera de más>>, y lisis, <<aflojamiento>> o <<disolución>>.

Tradicionalmente se ha relacionado la Parálisis Cerebral Infantil con la asfixia perinatal. Hoy conocemos que este fenómeno tan sólo podría justificar el 10-20% de todas las parálisis. (Blair E, 1988). En medicina se emplea para referirse a la abolición de una función, sea sensitiva o motora. Cuando se aplica a una función motora, <<parálisis>> significa pérdida del movimiento voluntario debida a la interrupción de las vías motoras que van del cerebro a la fibra muscular. A veces se habla de paresia como de un grado menor de parálisis, pero en el lenguaje médico cotidiano parálisis puede significar tanto pérdida parcial como completa de la función. El término plejía proviene de una palabra griega que significa golpe; y el término perlesía, derivado de una arcaica palabra francesa, tiene el mismo significado que parálisis. Todas esas palabras se usan indistintamente en la práctica médica, si bien es preferible usar paresia para designar la pérdida leve de la función motora y parálisis o plejía para la pérdida severa. (Raymond, 1981)

La conmoción cerebral en animales va acompañada de un trastorno transitorio de las ondas cerebrales, pero en el hombre dicho trastorno desaparece por lo general antes de poder efectuar el registro. La contusión o laceración cerebral produce alteraciones de electroencefalogramas similares a las descritas para la enfermedad cerebrovascular. Las alteraciones difusas suelen dar lugar a otras focales, especialmente si las lesiones se localizan en la superficie externa o superior del cerebro y, a su vez, éstas últimas suelen desaparecer transcurrido el periodo de semanas o meses. En ocasiones surgen ondas agudas o picos

cuando se resuelve la anomalía focal de ondas lentas, y pueden preceder a la aparición de epilepsia postraumática. En consecuencia ante una lesión cerebral, los electroencefalogramas seriados pueden tener valor pronóstico en lo que respecta a las expectativas de epilepsia. También pueden contribuir, como ya se mencionó a averiguar si el paciente sufre hematoma subdural. (Raymond, 1981)

La **discapacidad** forma parte de la diversidad humana, no es algo fuera de lo común. Se calcula que en el 15% de la población mundial tiene una discapacidad, y se espera que este porcentaje aumente debido a razones como la atención inadecuada a la salud y nutrición en la primera infancia, el envejecimiento de la población, la violencia y los conflictos. Se calcula que por cada niño o niña que muere en un conflicto tres quedan lesionados o adquieren una discapacidad permanente. El 80% de las personas con discapacidad vive en países en desarrollo y en su gran mayoría son pobres. En muchos casos, la situación de pobreza afecta no solo a las personas con discapacidad, sino también a sus familias y cuidadores. (Farkas, 2014)

Los niños y niñas con discapacidad enfrentan múltiples formas de discriminación que resultan en su exclusión social y educativa. Por ejemplo, las niñas con discapacidad son especialmente vulnerables, y están más expuestas a las formas de violencia que sufren las niñas sin discapacidad.

TEMA 2: DISCAPACIDAD INTELECTUAL

2.1 Clasificación

Una mirada de la discapacidad intelectual que se difundió en gran parte del siglo XX se centró en investigaciones que dieron origen a un enfoque taxonómico, a partir del cual los taxonomistas se preocuparon por realizar exhaustivas clasificaciones derivada de las causas de la discapacidad y las dividieron en dos grandes grupos: pre científicas y científicas.

Las taxonomías pre científicas se agrupan considerando los siguientes criterios:

>>Clasificaciones etiológicas

>>Clasificaciones morfológicas y anatómicas

>>Clasificaciones sintomatológicas

>>Clasificaciones basadas en el grado de insuficiencia mental

Las taxonomías científicas utilizaron criterios orgánicos, psicométricos y estadísticos para realizar la siguiente clasificación:

Categoría I. Deficiencia mental debida a infección

Categoría II. Deficiencia mental debida a agentes tóxicos

Categoría III. Deficiencia mental debida a traumatismo

Categoría IV. Deficiencia mental debida a desordenes metabólicos

Categoría V. Deficiencia mental debida a aberraciones cromosómicas

Categoría VI. Deficiencia mental debida a neoformaciones y tumores

Categoría VII. Deficiencia mental debida a influencias prenatales desconocidas

Categoría VIII. Deficiencia mental debida a causas desconocidas con signos neurológicos

Categoría IX. Deficiencia mental debida a causas desconocidas sin signos neurológicos

Categoría X. Deficiencia mental debida a más de una causa probable. (Secretaría de Educación Pública, 2012)

Existen múltiples clasificaciones que varían entre sí. Independientemente del sistema usado, a menudo resulta imposible situar a un niño, a causa de la existencia de formas de transición entre uno y otros grupos. Por ejemplo, algunos niños son espásticos y atetósicos, otros atáxicos y atetósicos, otros simplemente torpes. Y la mayoría presentan anomalías asociadas que incluyen alguna o varias de las siguientes: defectos visuales, auditivos, afasia, dislexia, disartria, retraso intelectual, etc.

El retraso intelectual puede obedecer a un trastorno primario, pero también ser consecuencia del déficit motor y sensorial, debido a la incapacidad de los alumnos y alumnas para explorar su mundo mediante unos movimientos normales desarrollados y a veces por defectos visuales o auditivos.

No obstante, basta decir que un buen cuidado durante el embarazo puede llevar a evitar que en los partos prematuros, el bajo peso al nacer y las infecciones de la madre, el niño adquiera una lesión en el cerebro.

CLASIFICACION SEGÚN LA TOPOGRAFÍA DEL TRASTORNO MOTOR:

-Parálisis completa:

- Tetraplejia: afectación a los cuatro miembros
- Paraplejias: afectación de dos miembros, superiores o inferiores
- Hemiplejias: afectación de dos miembros de un lado u otro del cuerpo
- Diplejías: afectación indistinta de dos miembros cualquiera
- Monoplejías: afectación de un solo miembro

-Parálisis parcial o incompleta:

- Tetraparesías
- Paraparesías
- Hemiparesías
- Monoparesías

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL PRINCIPAL TRASTORNO MOTOR:

-Lesión de vía piramidal:

- Espasticidad: exceso de tono muscular
- Hipotonía: disminución del tono muscular
- Flacidez: disminución del tono muscular

-Lesión extra piramidal:

- Atetosis: movimientos incoordinados

-Lesión cerebelosa:

- Ataxia: marcha titubeante (Ángel, 1999)

2.2 Diferentes puntos de vista sobre inteligencia

Nunca ha sido fácil definir la inteligencia aún los especialistas dedicados a su estudio no han estado completamente de acuerdo y al paso del tiempo las concepciones han cambiado.

En este apartado, se abordan cuatro posturas surgidas a lo largo del siglo XX, siendo sus máximos exponentes:

Lev Semiónovich Vygotsky, Robert Sternberg, Jean Piaget y Howard Garder.

Los trabajos de Vygotsky, en el marco de la corriente psicológica dialéctica del ser humano con su medio; interacción medida por el uso de instrumentos y herramientas cuyo papel fue decisivo en la transformación del medio natural, el medio social y del mismo hombre. La vida en sociedad es entonces el motor de

desarrollo y transformación del ser humano, quien al transformar su medio se transforma a sí mismo.

En este sentido, las funciones psicológicas superiores se construyen en la interacción social, por ello equivale a rechazar que esas funciones sean el despliegue de capacidades internas al sujeto y obligan a reconsiderar la dimensión social de las mismas. Por lo tanto, la reconstrucción a nivel individual de esas funciones solo puede producirse en interacción social mediada por el uso de instrumentos histórico – culturales de los cuales el lenguaje es el principal.

La postura de Vygotsky considera que en el curso del desarrollo de las personas todas las funciones aparecen dos veces: primero a nivel social o interpsicológico y más adelante a nivel individual o intrapsicológico. De este modo, la interacción social inherente a la situación educativa de los alumnos y alumnas que se encuentran inmersos desde su nacimiento se convierte en el motor de su desarrollo, que pasa por la transición del funcionamiento interpsicológico al intrapsicológico. Bajo esta perspectiva, cobra fundamental importancia el concepto de Zona de Desarrollo Próximo como síntesis de las ideas de Vygotsky para hacer referencia del espacio que se crea en la interacción social que posibilita la transición arriba mencionada. En términos generales la zona de desarrollo próximo se define en donde la interacción y la ayuda de otros permite que una persona pueda trabajar y resolver un problema o realizar una tarea de una manera y con un nivel que no sería capaz de tener individualmente, en otras palabras, es un espacio de intersubjetividad.

Por otro lado Robert Sternberg, en su segunda mitad del siglo XX, sostiene que la inteligencia:

“[...] es la habilidad intencional para adaptarse a diferentes ambientes, moldearlos y seleccionarlos, así como para lograr propósitos propios de nuestra sociedad y cultura [...] la conducta inteligente es el producto de la aplicación de estrategias del pensamiento, el manejo rápido y creativo de nuevos problemas y la adaptación a contextos por la selección y remodelamiento del ambiente”.

Bajo esta definición, la inteligencia es la forma en que un individuo maneja los cambios en el entorno a lo largo de su vida. Sternberg propone tres tipos de inteligencia: analítica, creativa y práctica. La inteligencia analítica es la habilidad para adquirir y almacenar información, la creativa es la habilidad fundada en la experiencia para seleccionar, codificar, combinar y comparar información. Finalmente, la inteligencia práctica es la relacionada con la conducta adaptativa al mundo real.

De acuerdo para Jean Piaget en su obra “Seis estudios de Psicología” publicada en 1964, la inteligencia es un proceso evolutivo y es la capacidad que le permite al ser humano construir estructuras mentales (cognoscitivas) que posibilitan una afectiva adaptación e interacción con el ambiente.

En su marco teórico, expresa que el aprendizaje y el desarrollo de la inteligencia surgen de la propia actividad mental del individuo a través del proceso de asimilación – acomodación que detona un equilibrio – desequilibrio – equilibración mejorante de las estructuras cognoscitivas, con el que se obtienen niveles cada vez mayores de desarrollo.

Piaget considera que el desarrollo de la inteligencia implica la apropiación paulatina de los objetos de aprendizaje por parte del sujeto, a partir de su propia actividad cognoscitiva y que su proceso ha de fundamentarse en la “asimilación de los elementos externos a las estructuras mentales en evolución”.

Según para Piaget, una vez que un objeto de aprendizaje se asimila, la función de los desequilibrios y de los conflictos es la misma en cuanto a mecanismos de desarrollo, puesto que constituyen el motor que cumple la función de desencadenadores para construir un nuevo conocimiento. Por lo tanto, es evidente que hay que buscar la fuente real de progreso en la reequilibración naturalmente no en el sentido de una vuelta a la forma anterior de equilibrio, sino en el de una equilibración mejorante o maximizadora como lo expresaba Piaget, la cual conduce a niveles mayores. (Secretaría de Educación Pública, 2012)

En algo que estoy, muy de acuerdo con los autores, es que uno un nunca sabe hasta qué punto de inteligencia tienen estos alumnos y alumnas con Parálisis Cerebral, ya que cada día es un reto para ellos, es un aprendizaje, y para sus padres de igual manera que los acompañan a pesar de los diagnósticos, ellos, se dejan guiar pero sus reacciones son de mucho valor, basta con relacionarse, y saber que están al día, y que su inteligencia no es cuantitativa, ni sumatoria, su inteligencia tan grande son reacciones y esos avances lo valen todo.

2.3 Discapacidad Intelectual

La discapacidad intelectual es multifactorial por lo que pueden estar involucrados aspectos biológicos, sociales, conductuales y/o educacionales. En México, según el Censo de Población y Vivienda 2010, 8.5% de la población presenta discapacidad intelectual e identifica causas de la discapacidad en general: 39% la tienen porque sufrieron alguna enfermedad, 23% están afectados por edad avanzada, 16% la adquirieron por herencia, durante el embarazo o al momento de nacer, 15% quedaron con lesión a consecuencia de algún accidente y 8% debido a otras causas. En cualquier caso, es recomendable hacer un examen exhaustivo a fin de obtener información valiosa para el desarrollo posterior de la persona.

Durante mucho tiempo, la medición del Coeficiente Intelectual fue el parámetro para determinar la presencia de la discapacidad intelectual y el punto de partida para establecer estrategias de atención. Sin embargo, el paradigma social de la discapacidad ha obligado a abandonar la certeza que proporcionaban las pruebas psicométricas, sus resultados cuantitativos y las ideas que hacían referencia a que la discapacidad intelectual es un estado global de incompetencia, un rasgo inherente a los sujetos, una manera de ser permanente y un patrón específico de limitaciones intelectuales.

Bajo esta consideración, es imprescindible replantear los criterios que permiten comprender la discapacidad intelectual para reflexionar sobre la educación, la enseñanza, el aprendizaje, la evaluación y la comprensión de los alumnos y

alumnas con una condición de discapacidad intelectual de los pueblos y comunidades indígenas de las poblaciones migrantes.

En este sentido, la discapacidad intelectual hace referencia a:

Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa que abarca diversas habilidades prácticas, sociales y conceptuales tales como la comunicación, el cuidado personal, la autorregulación las habilidades para la vida en el hogar y la comunidad, las habilidades sociales, las habilidades académicas funcionales así como las habilidades para el trabajo y el uso del tiempo libre. Esta discapacidad se manifiesta con frecuencia desde el nacimiento y hasta antes de los 18 años.

En otras palabras, la discapacidad intelectual articula dos consideraciones: un funcionamiento intelectual significativamente abajo del promedio y su coexistencia con limitaciones relacionadas a dos o más áreas de destrezas adaptativas aplicables.

Esta definición de discapacidad intelectual supuso un cambio radical del paradigma tradicional, alejándose de una concepción de dicha discapacidad como rasgo del individuo para plantear una concepción basada en la interacción de la persona y el contexto (Verdugo, 1994). Dicho cambio tiene importantes aplicaciones para la atención educativa de la infancia con discapacidad intelectual, porque desde esta perspectiva, éste se inscribe en el enfoque funcional y procesual, así como en el carácter contextual – situacional; es decir, el sujeto es considerado desde una perspectiva funcional. Se modificó, por lo tanto, el modo en que las personas (profesionales, familiares, investigadores...) concebían esta “limitación”, alejándose de identificarla exclusivamente como una característica del individuo para entenderla como un estado de funcionamiento de la persona.

Luckasson y Cols (en Verdugo, 2002) afirman: que la discapacidad intelectual “no es algo que tú tienes, ni es algo que tú eres, y tampoco es un trastorno médico o mental: [...] se refiere a un estado particular de funcionamiento, que comienza en

la infancia, es multidimensional y está afectado positivamente por apoyos individualizados”. (Secretaría de Educación Pública, 2012)

Asimismo, para mí, la palabra discapacidad, en ocasiones se llegó a escuchar alarmante, de miedo, pero el tener una discapacidad no nos hace diferentes, en lo absoluto; ya que todos somos iguales, somos seres humanos, tener una discapacidad es sólo un tipo de vida diferente, que conlleva muchas adaptaciones escolares, modificaciones tanto en casa, como en su medio que les rodea. Tener una discapacidad no les hace limitarse, les hace ir más allá del querer más.

2.4 Aspectos comunicativos: lenguaje y escritura de los niños y niñas con Parálisis Cerebral

Para un mejor desarrollo comprensivo del tema conviene definir cuatro aspectos básicos: Parálisis Cerebral Infantil, lenguaje, habla y comunicación.

Parálisis Cerebral Infantil: Con esta denominación se agrupan una serie de síndromes encefalopáticos de etiología y pronóstico variable. El factor común es una afectación de tono muscular y del movimiento, de carácter no progresivo y secundario a una lesión sobre el cerebro en desarrollo. Lenguaje: El lenguaje es la capacidad de comprender símbolos y usarlos para pensar y como forma de comunicación. Un símbolo es cualquier cosa que puede representar a algo distinto, como el dibujo de una pelota representa a la misma pelota. Nos referimos al lenguaje cuando hablamos de comprensión, de representaciones mentales, de abstracciones y de ideas. Habla: Es la emisión de palabras. Las palabras son secuencias de sonidos producidos por la voz humana, que nos permiten referirnos a una experiencia vivida. Podemos encontrarnos con alumnos y alumnas ecolálicos – que repiten las palabras oídas, sin conocer su contenido – y con verborrea, que representan un lenguaje muy elemental, o en otro extremo, alumnos que no hablan pero tienen un buen nivel del lenguaje. Comunicación: Es la acción consciente de intercambiar información entre dos o más participantes con el fin de transmitir información u opiniones distintas. (Ángel, 1999)

TEMA 3: MARCO LEGAL

3.1 Ley General para la Inclusión de las personas con discapacidad

La Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad es la respuesta del gobierno mexicano al carácter jurídico vinculante de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas.

Esta ley se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo del 2011 y establece las condiciones en las que el Estado debe promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades.

En el año 2011 se dio un paso más en la política pública de inclusión educativa cuando se promulgó la Ley General de Inclusión para las Personas con Discapacidad, la cual tuvo el objetivo de actualizar la legislación en la materia y cumplir con el compromiso adquirido tras la ratificación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (Martínez Silva, 2018)

Esta ley se fundamenta en la equidad, la justicia social, la igualdad de oportunidades, el respeto de la evolución de las facultades de niños y niñas con discapacidad, junto a su derecho de preservar la identidad, el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones. Al mismo tiempo impulsa, su participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad, el respeto por la diferencia y la aceptación de la discapacidad como parte de la diversidad, así como la accesibilidad, la no discriminación y la igualdad entre mujeres y hombres con discapacidad. (Secretaría de Educación Pública, 2012)

¿Qué seríamos sin las leyes? Desafortunadamente, décadas atrás, vivían en la ignorancia, faltaba más tanto en nivel médico, jurídico, etc. Hoy, gracias a esos

avances podemos decir que se cuentan con leyes que cuidan, vigilan y protegen a los alumnos y alumnas con discapacidad, que hoy en día no están solos. Que no es señalamiento de burla ni de vergüenza, ya que son personas vulnerables ante la sociedad, pero que también tienen derecho, voz y voto en nuestro país y más allá; tienen las mismas oportunidades tanto en casa, escuela y sociedad.

3.2 Acuerdos según la Organización Mundial de la Salud sobre la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las personas con discapacidad son más vulnerables al exigir y ejercer este derecho. Un gran porcentaje de estas personas no tienen acceso a la salud ni a una buena calidad de vida, a pesar de que en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008) se reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación alguna. Aún quedan desafíos que afrontar, principalmente en comunidades urbano – marginales y rurales donde vive población obrera y campesina, migrante e indígena. (Secretaría de Educación Pública, 2012)

De esta manera, la convención de los derechos de las personas con discapacidad este es un tratado internacional aprobado por la Organización de las Naciones Unidas sobre derechos, normas y prácticas orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas con algún tipo de discapacidad. México es uno de los 149 países que firmó la Convención.

Dicha Convención es el referente internacional en todos los temas que tienen que ver con los derechos de las personas con discapacidad, es el documento más importante en el siglo XXI en materia de los derechos de las personas con discapacidad.

Al firmar la Convención el Estado Mexicano está obligado a:

>Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole sean pertinentes para hacer efectivos los derechos de las personas con discapacidad.

>Consultar y colaborar activamente con las personas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, al elaborar, aplicar legislación y políticas para hacer efectiva la Convención y en otros procesos que involucren decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad.

Definición de la Organización Mundial para la Salud.

Discapacidad es un término general que abarca:

Las deficiencias en las funciones y estructuras corporales,

Las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación.

Discapacidad es:

- Un concepto que evoluciona.
- El resultado de la interacción de las personas con el contexto.

Esto significa que la discapacidad es directamente proporcional a las barreras del entorno. A mayores barreras, mayor será la discapacidad y viceversa. Artículo 1°. Las disposiciones de la presente Ley son de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos. Su objeto es reglamentar en lo conducente, el Artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos estableciendo las condiciones en las que el Estado deberá promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades. De manera enunciativa y no limitativa, esta Ley reconoce a las personas con discapacidad sus derechos humanos y mandata el establecimiento de las políticas públicas necesarias para su ejercicio. (Discapacidad, Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2011)

La falta de espacios adecuados para atender a niños con alguna discapacidad y la falta de preparación adecuada de los maestros, maestras, educadoras y educadores para atender a niños con discapacidad visual, auditiva, motora,

intelectual o psíquica, a pesar del decreto por el cual se reforma el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para dar cumplimiento al mandato constitucional de dar educación a todos los niños y que a la letra dice:

Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Los ascendentes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos. El Estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos.

El Estado otorgará facilidades a los particulares para que se coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.

El hecho mismo de la existencia de escuelas de educación especial en el pasado, da cuenta de esta orientación. Sin embargo, era una concepción médico asistencial, creando instituciones adecuadas para cada tipo de discapacidad, tal como las definía y las vuelve a definir la SEP (2009), entendiendo de manera general por discapacidad:

[...] una deficiencia física, mental o sensorial, de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de las personas para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, y puede ser causada o agravada por el entorno económico y social. (Juárez Núñez, 2010)

TEMA 4: EL CURRÍCULUM DE LA EDUCACIÓN BÁSICA

4.1 El papel del educador en el diagnóstico psicoeducativo

El Plan de Estudios 2011 de la Educación Básica se caracteriza por ser integral, pertinente, nacional y flexible en su desarrollo; se orienta a mejorar los procesos y los resultados del sistema educativo, está abierto a la innovación y a la actualización continua, es coherente, gradual, progresivo y capaz de articular, actualizar y dirigir la educación básica en todo el país.

En él se reconoce, como lo estipula el artículo 2° constitucional, que México es una Nación con una composición pluricultural por lo que la federación, los estados y los municipios tienen la obligación de garantizar y favorecer la atención a la diversidad de pueblos, comunidades indígenas y población migrante, y de incrementar los niveles de escolaridad.

En el Plan y los Programas de Estudio se definen las competencias para la vida, el perfil de egreso, los estándares curriculares y los aprendizajes esperados que constituyen el trayecto formativo de la educación básica. La trascendencia y relevancia de la Educación Indígena y de la población migrante, así como el reconocimiento de la diversidad y del multilingüismo, obligan a crear marcos curriculares para los diferentes niveles educativos, con ellos se fortalecen el Plan y los Programas de Estudio, a partir de la inclusión de contenidos propios del acervo cultural de los pueblos originarios, migrantes y de la vinculación de este (como aprendizajes esperados); a los aprendizajes esperados del currículo nacional general. Los marcos curriculares representan “la vía por lo que se transita entre las propuestas, los planes, programas y modelos nacionales generales y los desarrollos curriculares en el aula, a fin de reconocer y atender las relaciones culturales y lingüísticas en las distintas formas en que se manifiestan, en contextos educativos específicos donde se atiende a la población indígena o población migrante. (Secretaría de Educación Pública, 2012)

En general se supone que el diagnóstico psicoeducativo es responsabilidad del psicólogo clínico o escolar. El no existir un número adecuado de tal personal para

todas las escuelas públicas, que aporten la información requerida por los educadores, ha hecho que muchos que trabajan con niños con incapacidades de aprendizaje impulsen a los maestros a adoptar dicho papel. En muchos sentidos es una decisión conveniente, pero su éxito depende por completo de la calidad del maestro y de la bondad clínica del programa con que se le educó.

El programa educativo pronto perderá actualidad en lo que le toca al desarrollo del niño, si el maestro no recibe constante información sobre la situación del lapso de atención, de la relación figura-fondo, de las tendencias disociativas, del concepto cuerpo-imagen y de otras características fundamentales en el crecimiento y en el desarrollo del niño. A lo largo de los años, nuestro trabajo con los maestros, les hemos proporcionado un adiestramiento amplio en la aplicación y la intervención de las medidas cualitativas de los factores inherentes a la definición de incapacidad de aprendizaje.

Si el educador posee información puesta al día sobre las necesidades de aprendizaje de cada niño, es posible lograr, sobre una base de continuo progreso, lo que Newell Kephart llamara casamiento perceptivo-motor y que yo bauticé como casamiento psicoeducativo. Respecto al primero, Kephart reconoce una relación íntima entre déficit de procesamiento perceptivo de un niño y su desarrollo motor. (William, 1990)

Durante gran parte del siglo XX, la explicación en torno a la discapacidad, se centró en el estudio detallado de los “impedimentos físicos”, de las “alteraciones sensoriales”, de las “deficiencias mentales” e incluso de las “incapacidades sociales”; estas fueron razones o justificaciones para impedir que las personas con discapacidad participaran plenamente en la sociedad. En este tiempo prevaleció una noción negativa, discriminadora y esencialmente médica y psicológica.

Hacia los años setenta y principio de los ochenta, surge en los países anglosajones un movimiento social y político contrapuesto a la mirada psicologista y médica que introduce el concepto de modelo social de la discapacidad.

Desde el modelo social de la discapacidad, ésta se explica como la imposibilidad de la sociedad para responder a las necesidades de las personas con “deficiencias” comprobadas o percibidas, sin importar sus causas. Es decir, el posicionamiento teórico, político y social de este modelo reconoce la discapacidad como algo no causado por las limitaciones funcionales, físicas o psicológicas de las personas, sino por el fracaso de la sociedad en suprimir barreras y las restricciones sociales que los “incapacitan”.

En otras palabras, el modelo social trasciende las explicaciones médicas y psicológicas de la discapacidad como una cuestión inherente a las personas para ubicarla en las diversas barreras económicas, políticas y sociales construidas en los contextos que acentúan las “deficiencias” y las convierten en “discapacidad”.

Si en la cotidianidad existen obstáculos físicos, actitudinales, prejuicios, estereotipos, actos discriminatorios y excluyentes, limitaciones para el aprendizaje y la participación, entonces constituyen barreras que hacen “discapacitada” a una persona. Cuando estas barreras se minimizan o eliminan, se abre la puerta para la participación de estas personas en igualdad de condiciones en los ámbitos de la vida civil, política, educativa, productiva, económica, social y cultural.

El modelo social de la discapacidad es incluso y, como tal, comparte en la Educación Inclusiva la necesidad de eliminar estereotipos, prejuicios y actos de discriminación que generen desigualdad y exclusión social, así como delimitar un nuevo marco de pensamiento, de acción y de relaciones políticas, sociales, culturales y educativas.

Al mismo tiempo, permite garantizar a las personas con discapacidad los mismos derechos que el resto de personas, reconocer la existencia de las barreras sociales y las consecuencias que éstas tienen para el logro de su plena participación y el aprendizaje. Finalmente, destaca también en este modelo el concepto de igualdad de oportunidades, el cual involucra el proceso por el que los diversos sistemas de la sociedad se ponen a disposición de todas las personas.

De acuerdo con Vygotsky, la discapacidad, es una construcción social; sus consecuencias no obedecen a las acciones individuales; sino a la forma en la que son aceptadas o rechazadas por el entorno. “[...] supongamos que el defecto orgánico – por ejemplo la ceguera – no conduce al surgimiento del sentimiento de minusvalía [...] porque el entorno lo recibe de manera positiva. Entonces no se presenta el conflicto psicológico a pesar de la presencia del efecto orgánico.

La propuesta es que las escuelas de educación indígena y la población migrante acojan desde esta concepción a los alumnos y alumnas con discapacidad. Es decir, que vean en la población con discapacidad sus posibilidades, sus capacidades y evalúen los contextos para erradicar o minimizar en ellos las barreras para el aprendizaje y la participación y, además, las escuelas conciban a la inclusión como una oportunidad de crecimiento para todos, no solo para el niño o niña en situación de discapacidad. (Secretaría de Educación Pública, 2012)

Usted como padre de un niño con Parálisis Cerebral que se preocupa por varios aspectos a tratar a lo largo de su crecimiento y desarrollo, y un punto de suma importancia es de la escuela, ¿en dónde existen escuelas especiales para estos niños? Afortunadamente si hay instituciones especiales, desafortunadamente, muy pocas. No obstante, se dejará de pensar en sus años escolares, y es bueno saber que ya cualquier centro escolar tiene que aceptar a niños con parálisis cerebral, y hacer adecuaciones por todos lados, porque la educación no se le niega a nadie, aprenda en el nivel que aprenda, deberá asistir a una institución educativa.

4.2 Educación infantil del alumno con Parálisis Cerebral

El proceso de integración educativa está asociado con el concepto de necesidades educativas especiales (NEE). Este concepto se refiere a los apoyos que deben darse a los alumnos cuyos aprendizajes difieren significativamente de los del resto del grupo, para potenciarlos. Se considera que las NEE se asocian a factores personales (como una discapacidad), familiares y comunitarios (como provenir de una familia muy disfuncional o donde se ejerce abuso físico o sexual)

y escolares (como escuelas con recursos muy escasos, clima de aula hostil). El concepto de NEE no se refiere exclusivamente a los alumnos con discapacidad, sino a todos los alumnos que estén aprendiendo por debajo de su potencial, lo cual puede incluir a los alumnos con capacidades y aptitudes sobresalientes y a niños que presentan situaciones que oficialmente no son consideradas como discapacidad, por ejemplo, los problemas de lenguaje. Este concepto de NEE no se utiliza en la terminología de la educación inclusiva. En esta última se utiliza el concepto de Barreras para el aprendizaje y la participación (BAP), el cual alude a los obstáculos que enfrentan los alumnos para alcanzar sus aprendizajes, y se relaciona tanto con la carencia de recursos en las escuelas, como a procesos de exclusión. (García Cedillo, 2018)

La etapa de educación infantil abarca desde los primeros meses hasta los 6 años y sus objetivos están centrados en favorecer el desarrollo de los niños más pequeños, proporcionándoles las experiencias que necesitan para la evolución más completa y satisfactoria. La asistencia al centro aporta al niño la oportunidad de actuar, experimentar e interactuar con otros, lo que es fuente de enriquecimiento y estimulación.

La labor de centro es complementaria a la que desempeña la familia.

En estas edades las potencialidades de los niños para su desarrollo están más abiertas, menos determinadas por historias previas o retrasos acumulados y es posible favorecer de forma más eficaz el proceso de desarrollo.

La etapa de educación infantil ha de ser positiva para todos los niños, más aún para los niños con Necesidades Educativas Especiales.

La educación temprana de los niños con estas necesidades educativas especiales es un compromiso que se establece con claridad cuando señala que:

-La atención se iniciará desde el momento de su detección.

-Existirán los servicios educativos precisos para estimular y favorecer el mejor desarrollo.

-Las administraciones educativas garantizarán su escolarización.

El objetivo de la educación infantil de este primer tramo del sistema educativo es “favorecer la estimulación y desarrollo de las capacidades del niño, tanto físicas como afectivas; intelectuales y sociales”. Conseguir con estos objetivos se hace más necesario cuando hablamos de niños con necesidades educativas especiales permanentes, los cuales parten de una situación de desventaja con respecto a otros niños de su misma edad. Aunque se contempla que los niños con estas necesidades especiales permanentes deben estar en centros ordinarios, de hecho no resulta aconsejable pues necesitan múltiples recursos y adaptaciones para su educación. (Ángel, 1999)

4.3 Acción educativa en alumnos y alumnas con Parálisis Cerebral

Antes de abordar el tema de la acción educativa sobre los alumnos con deficiencia motórica, se hace necesario aclarar el concepto de Necesidades Educativas Especiales, ya que este concepto supone un cambio profundo de mentalidad con respecto a lo que es la educación de las personas con algún tipo de limitación o minusvalía y sobre todo en lo que hasta ahora se entendió por Educación Especial. Así, el término de “alumnos con necesidades educativas especiales” fue acuñado en Inglaterra por Warnock (Informe Warnock, 1978). Este término se refiere a la “necesidad o ayuda (material/humana) que presentan los alumnos para conseguir el aprendizaje adecuado a su edad, aunque alguna de estas ayudas sean más específicas o más duraderas en el tiempo”. De esta forma se produce un cambio importante en la concepción de la Educación Especial, ya que hasta este momento, los alumnos que necesitan de esta Educación Especial eran aquellos que tenían alguna deficiencia o minusvalía, es decir que el origen de las dificultades que el niño presentaba se encontraba en él mismo, en su disminución, y en su educación requerida normalmente un centro, una organización y modelo de enseñanza específico.

A partir de ahora, el concepto de necesidades educativas hace que la aproximación a los problemas de aprendizaje de los alumnos y alumnas ya no se

realice desde las categorías que ordenaban las distintas diferencias, sino a partir de las demandas educativas que cada alumno suscita y de la respuesta educativa que se le deba proporcionar. (Ángel, 1999)

Otra característica de los niños con discapacidad de aprendizaje muy importante en la falta de habilidad que muestran para aprender con facilidad es lo que profesionalmente se llama inversión figura-fondo, parte integral de la definición de incapacidades de aprendizaje mencionado anteriormente.

Los alumnos y alumnas con incapacidad de aprendizaje carecen de esa habilidad. El maestro les pide que comiencen a leer en tal o cual lugar de la página. Sabe que el alumno conoce la palabra o las palabras. Sin embargo, en este caso caracteriza a los alumnos en cuestión una inversión de campo, situación en la cual los estímulos del fondo predominan sobre el estímulo de primer plano.

La inversión figura-fondo aparece en muchos tipos clínicos diferentes de niños con impedimentos neurológicos. (William, 1990)

Por el contrario, no toda la responsabilidad es de la escuela, es un triángulo: docente, alumno con parálisis cerebral, padres; para que se dé una relación a mena en el alumno y en su paso por las aulas educativas.

Es fundamental realizar una detección precoz de la deficiencia. La detección inicial la realizan los médicos, sobre todo desde que el niño nace y puede haber signos de cualquier tipo de problema.

El Equipo de Atención Temprana es quien identifica las Necesidades Educativas Especiales (NEE) en un primer momento. Valora y estudia al niño/a según los informes médicos. Igualmente informa a los padres y realiza un programa de actividades para favorecer el desarrollo del niño/a.

Para atender las necesidades de estos alumnos y alumnas es necesario la participación de especialistas como fisioterapeutas, orientador/as, maestros/as de apoyo, ortopedas, maestros/as especialistas que deberán estar coordinados y trabajar de forma colaborativa. (Rodríguez Cuello, 2011)

El primer referente que hace alusión al concepto de barreras para el aprendizaje y la participación corresponde a Booth, Ainscow, Black-Hawkins, Vaughan y Shaw (citados por Booth y Ainscow, 2000), quienes desde el año 1999 publicaron el documento titulado *Index for inclusion* y llega en su versión traducida al castellano en el año 2000. A lo largo del tiempo, el documento original ha sido revisado, reestructurado y reeditado en diferentes momentos, lo mismo que su correspondiente traducción. En la primera versión traducida al castellano del *Index* o índice, como se le conoce en México, se propone que el concepto de necesidades educativas especiales sea sustituido por el término de barreras para el aprendizaje y la participación, ya que la inclusión implica identificar y minimizar esas barreras que pueden estar impidiendo el acceso o limitar la participación del alumnado dentro del centro educativo (Booth y Ainscow, 2000). De acuerdo con Booth y Ainscow (2015), en la última versión traducida al castellano del índice realizada por Echeita y colaboradores, prevalece la idea de sustituir el concepto de necesidades educativas especiales (NEE), ya que este concepto asocia la deficiencia o la discapacidad como la causa principal de las dificultades educativas, sin considerar aquellos aspectos que interactúan con las condiciones personales y sociales; es decir, los contextos. El concepto de NEE tiende a ignorar que en esta categoría están sobrerrepresentados determinados estudiantes por razón de género, clase o etnia. Para estos autores es importante transitar hacia el concepto de barreras para el aprendizaje y la participación, ya que consideran que: Cuando los estudiantes encuentran barreras se impide el acceso, la participación y el aprendizaje. Esto puede ocurrir en la interacción con algún aspecto del centro escolar: sus edificios e instalaciones físicas, la organización escolar, las culturas y las políticas, la relación entre los estudiantes y los adultos o en relación con los distintos enfoques sobre la enseñanza y el aprendizaje que mantiene el profesorado. Las barreras también se pueden encontrar fuera de los límites del centro escolar, en las familias o en las comunidades y, por supuesto, en las políticas y circunstancias nacionales e internacionales [Booth y Ainscow, 2015, p. 44]. (Covarrubias Pizarro, 2019)

4.4 Alumno con parálisis cerebral en la escuela

En esta monografía hemos preferido el término alumnos y alumnas con incapacidades de aprendizaje. Se recurrió al término “con daño cerebral” debido a dos razones, primera: para algunos autores representaban una orientación más precisa respecto al problema que la ofrecida por los otros términos de referencia existentes en la literatura; segunda: con una serie de publicaciones relacionadas con concepto de los daños cerebrales en los niños. Una década más tarde, el término “daño cerebral”, que durante mucho tiempo causara en mis escritos, dio paso a otro de aceptación más general: “incapacidades de aprendizaje”, tal como “impedimento perceptivo”, empleado por Kephart;” alteración del lenguaje” empleado por Kirk y sus colegas; “distinción cerebral mínima” y otros términos cayeron en desuso ante el empleo general de “incapacidades de aprendizaje”. Esto no quiere decir que el término sea más exacto que aquellos a los que suplantó. Significa que resulta más aceptable para sus padres de los niños a quienes caracteriza. El haber recurrido a un nuevo término no quiere decir que se haya logrado claridad en el problema. A menudo el resultado ha sido una mayor confusión. (William, 1990)

Además, no debemos de olvidar que la educación hoy en día es para todos.

4.5 Intervención educativa

Existe una amplia diversidad en las características de los alumnos que sufren Parálisis Cerebral. Es decir, no existe uno igual a otro, ya que hay diferentes grados de dificultad, capacidades de aprendizaje, etc., por lo que se hace arduo concretar en términos generales cuáles son las adecuaciones del currículum para estos alumnos.

Las adaptaciones pueden variar desde mínimas a particulares y diferenciadas del currículum ordinario. Lo que si se ve necesario es individualizar el programa de estudios para satisfacer las necesidades, capacidades y modo de aprendizaje de cada alumno. A la hora de plantear el currículum de estos alumnos, el profesor ha de tener como referencia las prescripciones dadas por la Administración

educativa y a partir de ellas realizar las adaptaciones en los elementos curriculares básicos. De esta forma las adaptaciones curriculares se refieren a:

1. Temporización y secuenciación de objetivos y contenidos:

Los aprendizajes en los cuales es posible que el alumno progrese con más lentitud, son los que implican competencias motoras. Por lo que el ritmo de aprendizaje se concentrará condicionado por las limitaciones que impone el propio trastorno motor. Hay que tener presente que, en la medida que los alumnos y alumnas puedan disponer de instrumentos y aparatos facilitadores de la autonomía (mecánicos, electrónicos, etc.), la realización de tareas puede verse mejorada, en rapidez y precisión.

En este sentido podemos señalar desde mínimas adaptaciones en las secuencias de objetivos hasta grandes modificaciones en la consecuencia.

Estas modificaciones se concentrarán especificando detalladamente los objetivos intermedios a los puestos en el currículum de la Educación obligatoria y previendo unos periodos más largos para el aprendizaje de estos objetivos y otros complementarios.

Las adaptaciones curriculares también se refieren:

2. Prioridades de aprendizaje de determinados contenidos y objetivos:

Según la gravedad de la deficiencia física priorizaremos algunos objetivos del currículum teniendo en cuenta:

-La viabilidad de la consecución de algunos objetivos (a nivel metódico, de comunicación vocal, etc.).

-El funcionamiento de algunos aprendizajes.

-Los recursos materiales y personales de los que disponemos, en relación con la funcionalidad y la utilidad de algunos aprendizajes.

-La necesidad de facilitar algunos aprendizajes altamente preventivos de futuras necesidades educativas (por ejemplo, de aprendizaje de sistemas alternativos de comunicación).

Principalmente se deben priorizar las áreas de motricidad y verbal.

En el área motriz se debe tener en cuenta los movimientos y coordinaciones generales, el esquema corporal, la coordinación normal, la coordinación grafo manual (preescritura) y los hábitos de independencia personal.

En el área verbal nos centraremos fundamentalmente en la comunicación buscando que el alumno que pueda se exprese de la forma más correcta posible (articulación, ritmo, voz). A los alumnos que no tienen capacidad de expresarse de forma oral se les intentará proporcionar un sistema de comunicación alternativo. Aquí la logopeda tiene un papel importante. (Ángel, 1999)

Además, cada niño con parálisis cerebral es diferente, y por lo tanto cada quien tiene su nivel de aprendizaje en el aula; cada docente debe de hacer una intervención específica para los alumnos e involucrarlos en los contenidos marcados por el programa.

4.6 Barreras para el aprendizaje

El concepto de barreras para el aprendizaje y la participación es el eje verbal para la mejora de los procesos educativos desarrollados en los diferentes contextos y un pilar de la Educación Inclusiva exige la construcción de una comunidad educativa sustentada en valores, preocupada por desarrollar una escuela para todos y organizada para atender a la diversidad, además de movilizar sus recursos para orquestar el proceso de aprendizaje. Tiene como punto de partida la articulación de estrategias de análisis, identificación y sistematización de los factores (barreras) que dificultan o limitan el pleno acceso a la educación y a las oportunidades de aprendizaje de alumnos y alumnas, con la intención de actuar proactivamente para su minimización o eliminación.

Las barreras para el aprendizaje y la participación entre los estudiantes y los contenidos: de la mirada a un “otro” que implica la condición humana, de la elaboración de políticas, de la configuración de la cultura y de las prácticas generadas en la institución, así como las circunstancias sociales y económicas que impactan sus vidas. En otras palabras, pueden estar presentes en todas las circunstancias de interacción y, por ello, la detección implica realizar un exhaustivo análisis de todas las formas posibles a través de las cuales las escuelas y las aulas pueden marginar o excluir a los alumnos y alumnas.

La estrecha relación entre el modelo social de la discapacidad, el concepto de barreras para el aprendizaje y la participación implica comprender que actualmente los entornos físicos, sociales y culturales son inadecuados para permitir el aprendizaje y la participación de las personas con discapacidad, por lo que la presencia de barreras en estos entornos limitan o restringen el ejercicio pleno de sus derechos humanos.

La principal barrera a identificar es que maestros/maestras, directivos y padres/madres de familia piensan que los alumnos /alumnas con discapacidad son incapaces de aprender.

Las barreras presentes en los contextos fundamentales se encuentran asociadas a aspectos de infraestructura, de comunicación, de acceso a la información, al uso de bienes y servicios, así como las actitudes discriminatorias o estereotipos culturales negativos en torno a la discapacidad. Por ejemplo, una práctica docente que tiene como base la homogeneidad, que pide a todos los alumnos y alumnas un mismo ritmo y estilo de aprendizaje, que utiliza los mismos materiales para todos, que desarrolla una sola metodología, que evalúa a través de un mismo instrumento, es altamente probable que constituya una barrera para el aprendizaje y la participación en las oportunidades que ofrece el currículo para los alumnos y alumnas con discapacidad.

Por ello, una vez identificadas las barreras en los contextos, es necesario establecer las estrategias pertinentes para minimizarlas o eliminarlas.

La identificación en los contextos de las barreras para el aprendizaje y la participación y las acciones para su minimización o eliminación constituyen la oportunidad para que la escuela y las aulas se adentren a un continuo proceso de mejora y desarrollo, para crear condiciones idóneas de atención a la diversidad y ofrecer los recursos para proporcionar oportunidades de aprendizaje de calidad a todos los alumnos y alumnas. Es decir, constituyen aspiraciones para superar las desigualdades y avanzar hacia sociedades más justas, equitativas y democráticas.

Las barreras para el aprendizaje y la participación que alumnos y alumnas con discapacidad pueden enfrentar en la escuela son de diversas índoles:

>>Ideológicas: Tienen en común la idea de que un niño con discapacidad intelectual no es capaz de aprender algo o que no tiene sentido que lo consiga.

>>Actitudinales: Las barreras de este tipo se refieren a la forma en que docentes, padres/madres, directivos y compañeros/compañeras se relacionan con el alumnado con discapacidad. El rechazo, menosprecio, la discriminación, y la sobreprotección son actitudes que imponen barreras.

>>Pedagógicas: Tienen en común que la concepción de las y los educadores y sus acciones de enseñanza y fomento de prácticas de aprendizaje no corresponden al ritmo y al estilo de aprendizaje del alumnado con discapacidad. Por ejemplo, cuando la enseñanza es homogénea, el docente no ofrece apoyos de alumno/alumna con discapacidad porque piensa que si lo hace, el resto del grupo se atrasa y no cubrirá el programa. Otro ejemplo es cuando la o el docente excluye al alumno/alumna con discapacidad de las actividades que realizara el resto del grupo, y le pide que realice otras correspondientes a grados escolares inferiores.

>>De organización: Las barreras de este tipo se refieren al orden y la estabilidad en las rutinas de trabajo, la aplicación de las normas y la distribución del espacio en el mobiliario. Por ejemplo: los cambios abruptos en actividades, el desorden en el acomodo del material didáctico o en un alto nivel de disciplina obstaculizan

el aprendizaje de cualquier alumno/alumna; y se agudiza en el caso de quienes presentan discapacidad. (Secretaría de Educación Pública, 2012)

4.7 Adaptación curricular

La adaptación curricular designa a un proceso de toma de decisiones sobre los elementos del currículo para atender las necesidades educativas de los alumnos o más ampliamente, para atender a la diversidad. Este proceso se tiene que realizar desde un enfoque que permita la flexibilidad del currículo y, al mismo tiempo, sea integrador y propicie una atención individualizada. La incorporación de cualquier alumno al sistema educativo ordinario tiene que realizarse con las mejores garantías, para éste reciba una educación de calidad que satisfaga todas sus necesidades educativas. La adaptación de un currículo al alumno debe hacerse desde el convencimiento de que el alumno puede seguir el currículo que hemos diseñado para él y que hemos hecho esta adaptación considerando su individualidad y establecimiento los criterios más oportunos en el diseño de todos los elementos que componen este currículo. Es la modificación de uno o más elementos prescriptivos del currículo (objetivo, contenidos, y/o criterios de evaluación; las competencias también son elementos prescriptivos) para atender las necesidades educativas de un alumno, ya sean por dificultades personales o por altas capacidades. Es una medida excepcional. Los objetivos a conseguir pueden pertenecer a otra etapa o ciclo distinto. No es un simple trámite burocrático para quedar bien. La adaptación del currículo tiene un planteamiento teórico intachable: el currículo abierto y flexible, si bien esto acarrea bastantes problemas de orden práctico. Además es absurdo que nos empeñemos en que un alumno consiga objetivos para los que no tiene cimientos en los que asentarlos.

Es decir, debemos determinar, en primer lugar, el nivel de competencia curricular del alumno para establecer los contenidos y objetivos que el alumno puede conseguir con su esfuerzo y nuestra ayuda. Antes de realizar una adaptación curricular significativa se han debido tomar otras medidas menos drásticas y sólo, desde el convencimiento de que el alumno no puede alcanzar los objetivos

previstos para la etapa educativa a lo que pertenece, es cuando debemos diseñar e implementar una adaptación curricular individualizada.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) tienen la capacidad de aumentar la naturaleza cognitiva de las experiencias de aprendizaje y, en especial, la capacidad de los alumnos para comunicarse y expresarse (Jones, 2007). Algunos estudios han mostrado que muchos alumnos son altamente capaces para comunicarse con imágenes, colores, sonidos y música, pero que tienen dificultades para hacerlo con palabras, por lo que los recursos multimedia parecieran ser necesarios para estimular su pensamiento y creatividad, además de brindarles la posibilidad de realizar múltiples intentos y recibir retroalimentación contingente por las tareas realizadas. (Rosas, 2018).

La Tablet, es un recurso de los muchos que utilizan las personas que no tienen comunicación oral o su comunicación es difícil de entender. Forma parte de la denominada Comunicación Aumentativa, necesitados y/o Alternativa que se define como “el conjunto estructurado de código (verbales y no verbales), expresados a través de canales no vocales (gestos, signos, símbolos gráficos), necesitados o no de soporte físico, los cuales mediante procesos específicos de instrucción, sirven para llevar a cabo actos de comunicación (funcional, espontánea y generalizable) por sí solos o en conjunto con códigos vocales, o como apoyo parcial de los mismos. (Sánchez Montoya, 2014)

Las condiciones bajo las que se debe hacer este diseño la resumimos a continuación:

- a) Pueden ser modificados los objetivos, los contenidos y/o criterios de evaluación.
- b) Estarán dirigidas a alumnos que no pueden seguir el proceso común de enseñanza-aprendizaje con simples refuerzos educativos o adaptaciones poco significativas.
- c) Su diseño y desarrollo será responsabilidad del profesor/a que importe la materia con el asesoramiento del responsable de orientación del centro.

Puede ayudar el profesor de Pedagogía Terapéutica, pero la determinación de la comprensión curricular y la determinación de los objetivos son responsabilidad del profesor de la materia o área, es lógico: es el que más sabe de la materia. Esto es especialmente relevante en la Educación Secundaria.

- d) En la educación primaria y el primero ciclo de la ESO tendrá la duración del ciclo y en el segundo puede durar un curso.
- e) Su desarrollo, en la medida del posible, se hará en las acciones educativas comunes del grupo a que pertenece el alumno.
- f) Las adaptaciones curriculares significativas necesitan autorización de la inspección educativa.

Para su elaboración es necesaria una evaluación diagnóstica en la que se recojan todos los datos de interés. Se realizará una reunión coordinada por el jefe de estudios a la que asistirán el tutor, los profesores que impartan las áreas que van a hacer adaptadas y los profesionales que participaron en la evaluación diagnóstica. El director del centro enviará la propuesta a la inspección y solicitará su autorización.

Posteriormente se procederá a su registro y a su evaluación. De quedar reflejado, sin lugar a dudas, en los documentos oportunos que el alumno sigue un currículo adaptado así:

- a) La evaluación diagnóstica, el documento de aceptación y el informe posterior de la inspección formará parte del expediente y tendrá carácter confidencial.
- b) La evaluación de la adaptación se hará en función de los criterios establecidos en ella. Para efectos de promoción se tendrán en cuenta los objetivos establecidos en ella, también. Sin embargo, no se titulará conforme a estos objetivos, sino a los de la etapa en la que está escolarizado el alumno o alumna.
- c) Se revisarán, por lo menos, una vez al final del curso.

- d) Sólo requerirán nueva autorización de la inspección educativa si se modifican los objetivos y/o los criterios de evaluación.
- e) En el libro de escolaridad se reflejará en la página correspondiente mediante diligencias que al alumno que le adaptó el currículo.
- f) Las familias de los alumnos que siguen un proceso de adaptación curricular recibirán información sobre las decisiones adoptadas al respecto.

Puesto que un alumno puede promocionar cuando supera la adaptación es conveniente y justo que los objetivos y criterios de evaluación se afinen lo más posible y estén dentro de la zona proximal de aprendizaje del alumno. La adaptación curricular es una buena herramienta para trabajar e incluso, motivar a los alumnos con necesidades educativas especiales; no la convirtamos en un mero trámite burocrático. La adaptación no es un hecho puntual, sino un proceso que conlleva implementación, seguimiento y evaluación. Por otra parte la evaluación que realizamos, en este caso, es una evaluación criterial; por lo tanto, debemos olvidarnos de las normas escritas para todos los alumnos y atender los criterios establecidos en esta adaptación. (Betanzos, 2007)

Debido a la gran diversidad que existe en torno a los niños con Parálisis Cerebral es necesario individualizar el programa de estudios para satisfacer las necesidades, capacidades y modo de aprendizaje de cada alumno. Para establecer el currículum de estos alumnos, el profesor debe tomar de referencia las prescripciones dadas por la Administración educativa y a partir de ellas realizar las adaptaciones en los elementos curriculares básicos, que se referirán a la temporalización, secuenciación y priorización de determinados objetivos y contenidos. (Vega López, 2017)

4.8 Clases adaptativas

Las adaptaciones curriculares, en orden a su significativa, pueden ser significativas o poco o nada significativas. Las que hemos descrito hasta ahora son las primeras. Las segundas afectan a elementos del currículo menos

importante, es decir, no se modifican los objetivos, contenidos o criterios de evaluación. En cambio, las modificaciones pueden referirse a:

- a) Organización de los espacios y tiempos
- b) Organización de los recursos humanos
- c) Organización y provisión de los recursos materiales
- d) Disposición del aula
- e) Cambios en la metodología
- f) Cambios en las actividades de aprendizaje, instrumentos o técnicas de evaluación
- g) Uso de programas de enriquecimiento o complementarios (habilidades sociales, de activación de habilidades cognitivas, de lectura comprensiva, de uso del ordenador, etc.)
- h) Uso de sistemas alternativos y(o aumentativos de comunicación
- i) Uso de herramientas o dispositivos para el aprendizaje

Los alumnos, en este caso, pueden trabajar en situaciones normalizadas, aunque necesiten de recursos, dispositivos o situaciones especiales para acceder al currículo ordinario. Los trámites burocráticos no trascienden fuera del centro, no se necesita autorización de la inspección educativa.

Los alumnos con parálisis cerebral constituyen un grupo polimórfico. Así que hablar de adaptaciones curriculares para alumnos con parálisis cerebral es complicado. Eso en primer lugar, en segundo lugar, las adaptaciones deben ser individualizadas. La adaptación del currículo o del acceso al mismo vale, únicamente, para ese alumno y no para otro, que tenga, también parálisis cerebral. No tiene mucho sentido establecer modelos de adaptaciones como prendas de ropa pret o porter. Lo que sí es conveniente y muy necesario es conocer las necesidades educativas de los alumnos con parálisis cerebral y para eso es necesario, antes que nada, realizar una evaluación psicopedagógica del alumno, determinare el nivel de competencia curricular y conocer el grado de adquisición y singularidad del estado de las técnicas instrumentales, y también de las capacidades básicas para aprender como la atención y la memoria, entre

otras; además de los posibles problemas que en la comunidad el alumno puede presentar y de los trastornos asociados a la parálisis cerebral, sobre todo aquellos que pueden derivar en fallos perceptivos. Podemos atender, sobre todo, a la satisfacción de las necesidades educativas respecto a esas capacidades por un lado y, por otro, de las necesidades educativas en las áreas curriculares. Todo esto debe tener en cuenta cuando se realizan adaptaciones curriculares a estos alumnos o del acceso al currículo.

Tenemos que tener presente dos cuestiones que son insoslayables en la atención educativa al alumno con parálisis cerebral: a) en muchos casos, los adultos o el entorno no accesible o no configurado correctamente ha limitado las experiencias de aprendizaje y b) el déficit motor nos obliga a utilizar otras vías y a tratar de compensar este déficit.

Hay autores que afirman que existe un retraso mental grave en la mitad de los sujetos con parálisis cerebral, otros más son optimistas. Sin embargo, esta no es la cuestión más importante, o al menos, no la única. Nos debe preocupar la diferencia entre capacidad y rendimiento; ahí es donde podemos actuar y donde más se va a notar nuestra ayuda. Hacer un entorno escolar más accesible – esto no se refiere sólo a las llamadas barreras arquitectónicas, sino a algo más importante: al diseño de las actividades, a la organización de las mismas, a la organización del centro y a la disposición de los profesores – influirá en el rendimiento del alumno, no nos fijemos en lo que puede hacer, sino en lo que puede conseguir diseñando una atención educativa adecuada.

Como ya se ha comentado anteriormente, el alumno con parálisis cerebral suele tener escasas experiencias de aprendizaje y, también, escasas relaciones sociales. Recordando en este punto a Vygotsky (1989, 1998), deberíamos tener presente que todas las funciones superiores se originan como relaciones entre seres humanos. Esto puede aplicarse a la atención, a la memoria lógica y a la formación de conceptos. Se producen primero en relaciones interpsicológica. De todas maneras, más que hablar de retraso, habría que hablar de vías distintas para el desarrollo. El niño con parálisis cerebral tiene un perfil cognoscitivo

distinto caracterizado, a veces, por vías distintas y comprensiones del déficit puestos en juego en el funcionamiento de los procesos de atención, memoria y aprendizaje.

Lenguaje: Es el conjunto de símbolos arbitrarios y reglas que se combinan con objeto de representar ideas sobre el mundo y sus cosas con finalidad comunicativa.

Por motivos metodológicos se hace un análisis, por separado del nivel comprensivo y el expresivo del lenguaje.

A. COMPENSIVO

El lenguaje comprensivo es la capacidad de entender los signos y señales del lenguaje y darles la conformación adecuada dentro de un todo significativo.

B. EXPRESIVO

El lenguaje expresivo es la capacidad de producir los signos y señales del lenguaje, con una finalidad comunicativa. Debido a las alteraciones antes expuestas en el apartado del habla aparecen dos grandes grupos: los no orales (su habla no es inteligible) y los orales. (Alonso Martín, 1999)

Es importantísimo distinguir entre problemas en el habla o en la comunicación y disfunciones del lenguaje, algo más complicado; aunque el uso de sistemas alternativos puede incluir en problemas de morfosintaxis. También hay estudios que prueban que los alumnos con anartria o disartria ejecutan peor que los otros sujetos ciertas tareas lingüísticas.

Memoria: No hay demasiados estudios sobre la memoria en los alumnos. Pueyo y Vendell (2002) afirman que los sujetos con parálisis cerebral han obtenido parecidas puntuaciones a los sujetos que no padecen de la memoria a corto plazo (concretamente en memoria verbal inmediata), siendo su rendimiento independiente de los trastornos del habla. Este dato es importante para predecir, por ejemplo, problemas en la lectura.

Sin embargo, en la literatura al respecto hay algunos estudios que constatan que la memoria se halla resentida en muchos de estos alumnos y da lugar a problemas de aprendizaje. La memoria suele fallar a nivel:

-Perceptivo – sensorial

-De memoria motriz (referida al recuerdo de gestos o compartimientos motrices)

-Memoria grafo – perceptiva

-Memoria motriz – manual

-Memoria verbal – lógica

-Memoria a corto plazo, memoria de trabajo y la memoria a largo plazo

Motricidad: Casi todos los alumnos paralíticos cerebrales tienen problemas de motricidad fina y también de percepción táctil; les cuesta manipular objetos y materiales concretos. Esto interfiere en las actividades relacionadas con la escritura, el dibujo, modelado, manipulación de herramientas, etc. Hay unas áreas muy sensibles en este campo como Educación Plástica, Educación Física, Música y Tecnología. La calidad de la coordinación visomotora y los fallos producidos en la memoria motriz (recordar movimientos, gestos o comportamientos motrices) inciden negativamente en la consecución de una motricidad fina aceptable, requerida para los trabajos escolares y a lo que hay que unir el déficit motor ya presente. La solución puede ir por varios caminos: adaptaciones curriculares bastantes significativas, eliminación de grandes bloques de objetos, cambio total de programas, uso de material ortopédico o hardware con periféricos apropiados, etc.; eso a posteori, a priori es crucial la atención temprana y la estimulación. Alternativamente se pueden considerar otras posibilidades, sobre todo en el caso de la Educación Física, dependiendo mucho de los recursos con que se cuente.

Los procesos perceptivos, muy importantes para todo tipo de aprendizajes, también suelen estar afectados. Hay que distinguir entre la lesión cerebral que

afecta a los procesos perceptivos y que, probablemente se traduzca en fallos cognitivos y las consecuencias de la afectación motora que le impida al niño explorar al mundo y esto, a veces, puede resultar definitivo. Son frecuentes los fallos perceptivos en el niño parálisis cerebral son a nivel táctil, auditivo y visual, conviene tener en cuenta estas contingencias en la intervención educativa del alumno con parálisis cerebral. En general suele haber fallos y dificultades en:

- La constancia de la forma y la posición en el espacio.

- La construcción del esquema corporal adecuado debido a fallas de percepción y del sistema propioceptivo, en muchos casos, al hecho de ir sentado en una silla de ruedas.

- Adquisición de conceptos espacio-temporales

- Percepción auditiva

- Percepción táctil

- El proceso de la percepción visual

Orientación y organización espacial: Esta área suele estar afectada tanto a nivel del entorno físico inmediato como a nivel gráfico sobre el papel o sobre la pantalla del ordenador. Alguno de los alumnos tienen dificultad para calcular el tamaño o la forma, la dirección o la profundidad o dónde están situadas exactamente los objetos. La falta de manipulación de objetos y problemas de deambulación unido a las deficiencias que padecen muchos de estos alumnos en sus manos o en sus miembros inferiores pueden ser los motivos de este déficit y se pueden observar ya que en la educación infantil y en el entrenamiento sólo puede paliar, en algunos casos, este déficit.

Manipulación y lateralidad: El uso de la mano, decía Engels, es quizá el hecho más relevante de la civilización humana. El pulgar oponible ha permitido al ser humano explorar el mundo y aprender. Para interactuar con el medio el hecho de manipular y poseer una cierta destreza manual posibilita que se haga realidad el

hecho de aprender por la acción. La escasa destreza manual y problemas de fijación de la lateralidad pueden añadir nuevos problemas a los ya existentes en el sistema propioceptivo, en la organización espacial y en la percepción de tamaños, formas distancias, texturas, etc.

Este es un punto muy importante para la vida escolar y para las actividades de la vida diaria; se debe evaluar detenidamente la profundidad de ambas manos.

Coordinación visomotora: Hay grandes diferencias a este nivel entre los alumnos discapacitados motóricos. La calidad de la coordinación ojo-mano puede ser mala, hasta el punto que si se le une una afectación motora severa imposibilita bastantes aprendizajes y los que se intentan no dejan de ser frustrantes. La calidad de la manipulación, presentada en algunos casos por movimientos inesperados, o la distonía de los músculos que intervienen en la praxis cotidianas de la vida diaria o escolar hacen necesarias, en algunas ocasiones, soluciones alternativas, basadas, la mayoría, en el uso del ordenador.

Es de todo punto necesario que tengamos presente la posibilidad de que el alumno al que le vamos adaptar el currículo se caracterice, en uno u otro grado, por alguna de las características que hemos resumido brevemente.

Los ámbitos específicos del aprendizaje de un niño con parálisis cerebral pueden presentar grandes dificultades en cuanto a su abordaje y a su evaluación.

El conocer y determinar las competencias en la lectoescritura puede ser realmente complejo. Tampoco lo es menos, abordar el área de la Educación Física, la Educación Plástica, la Tecnología, etc.

Lenguaje oral: El lenguaje es un código para comunicar (transmitir y recibir) información y este código se caracteriza por cinco dimensiones o componentes: fonología, semántica, morfológica, sintaxis y pragmática. Los alumnos afectados de parálisis cerebral severa, muchos de los cuales presentan problemas en el componente fonológico del lenguaje, suelen tener un habla disártrica a la que se asocia, a veces, a praxis como principales rasgos a detectar. Los ejercicios

logopédicos, siempre que sea posible, deben estar integrados en el currículo. Otro componente que puede estar afectado es el semántico; hay alumnos que tienen un almacén lexical pequeño, quizás, por las pocas experiencias sociales vividas y la poca estimulación. El acceso al léxico de estos alumnos varía, desde la torpeza en encontrar las palabras o atribuirles significado a las mismas, hasta la pobreza o a la ambigüedad. El lenguaje oral, puede estar tan afectado, constituye por sí mismo un campo de necesidades educativas con mucha entidad y debe ser prioritario; si este no es posible, se debe instaurar un sistema alternativo, cuya complementación requiere energía, constancia y tiempo, circunstancias que hay que tener en cuenta.

Lectura: Una aclaración: sepamos lectura y escritura por cuestiones metodológicas y de claridad en la exposición. En primer lugar, si existe ausencia de habla o ésta es ininteligible, se impone el aprendizaje de un sistema de comunicación alternativo y consensuar e invitar a conocer y compartir con la familia y amigos el empleo de ese sistema. La lectura, es el vehículo de la mayoría de aprendizajes formales que se realizan; el dominio de ésta asegura una buena herramienta para estos aprendizajes. Sin embargo, en el caso del que el alumno no articule sonidos inteligibles (anartría), el problema en la adquisición de esta herramienta es bastante complejo. La lectura es un proceso que requiere integración de capacidades básicas como la atención a la memoria, capacidades lingüísticas o metalingüísticas, como la posesión de vocabulario o la conciencia fonológica y unas capacidades perceptivas como la vista y el oído, además de otras habilidades y conocimientos como tener alguna experiencia vital y conocimiento del mundo. El empleo de diversidad de estrategias, porque no siempre los resultados obtenidos con un alumno son extrapolables al colectivo; y la posible implementación de un sistema alternativo, la construcción del tablero de comunicación o el uso del ordenador para el aprendizaje y evaluación de la lectura son eventualidades que incidirán con un peso importante en el horario y dedicación tanto del alumno como de los profesores.

Escritura: La escritura, en los casos más graves de parálisis cerebral, se caracteriza por su deficiente calidad y su lentitud; en algunos casos no hay posibilidad de escritura manual. Para remediar la legibilidad se puede considerar una letra más grande, lápiz de más grosor o dispositivos que permitan así mejor el lápiz. En el caso en el que la escritura sea muy diferente no tiene sentido forzar ninguna situación, porque es totalmente útil. Lo mejor es que los alumnos o alumnas dispongan de ordenador y los dispositivos periféricos adecuados (joystick, trackball, pulsador) para utilizar en todo el proceso de enseñanza-aprendizaje. El alumno puede beneficiarse del empleo de todo tipo de hardware, software, dispositivos y accesorios. En algunos casos es preciso una carcasa o cobertor en el teclado para minimizar los efectos de la espasticidad, de la distonía muscular y de los movimientos parásitos; también el teclado virtual o teclado en pantalla permite conseguir que estos alumnos puedan realizar su trabajo que de otro modo no podrían hacer. Con todo, estas soluciones, a veces, no están disponibles por las reticencias a emplearlas o por la falta de recursos necesarios. (Betanzos, 2007)

El diagnóstico educativo no solo es importante para los educadores en sí ya que mucha de la información reunida en la evaluación educativa será de valor para los otros especialistas en diagnósticos – sean o no de la especialidad – que examinarán al niño. Se tiene un ejemplo del tipo de evaluación que debe hacerse en el siguiente caso:

1. Coordinación motora
2. Percepción visual
3. Percepción auditiva
4. Lenguaje oral expresivo
5. Lectura
6. Matemáticas (William, 1990)

TEMA 5: PADRES DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARÁLISIS CEREBRAL

5.1 Trabajo en casa con alumnos de Parálisis Cerebral

El alumno que padece afectación motórica puede tener desde ligeras dificultades hasta una total imposibilidad para expresarse verbalmente. Por ello, y apoyándonos siempre en el empleo de un lenguaje gestual bimodal (gestos que acompañan a la palabra), pretenderemos que el alumno se exprese mediante la lecto escritura.

De lo que llevo dicho de los niños con necesidades educativas especiales, el nivel de desarrollo que es necesario alcanzar para beneficiarse de la enseñanza de la lectura puede presentarse en cualquier momento, a lo largo de todo el periodo educativo. De este modo, si no se les ayuda a llegar a esta fase, podrán persistir durante todo el periodo escolar las siguientes dificultades:

- Insuficiente experiencia de materia de lenguaje
- Insuficiente capacidad motriz autónoma
- Problemas visuales
- Problemas auditivos
- Dificultades de carácter mental

Es difícil y nada correcto generalizar los problemas de escritura que sufren estos niños. Algunos tienen una caligrafía buena o adecuada, mientras que otros dependen totalmente de medios auxiliares técnicos para comunicarse por escrito. Lo más ventajoso para los niños que sufren lesiones cerebrales es enseñarles un trazo de letra que se aproxime lo más posible a la letra impresa.

El cerebro de algunos alumnos tiene problemas para procesar impresiones visuales, no son capaces de dar a las letras la forma que ven, aunque se les haya enseñado a hacerlo.

El problema puede presentar las características de:

-Disfunciones motrices de la mano

-Disfunciones de la percepción

-Dificultades de coordinación entre el ojo y la mano (Ángel, 1999)

En últimas, un niño con parálisis cerebral demostrará avances en su medio escolar, pero es en casa en donde se verá reflejado dicho trabajo, no es sólo de ya lo hizo y dejarlo por la paz, se trata de trabajar tanto en casa lo aprendido fuera de ella y se obtengan logros en el niño con parálisis cerebral.

5.2 Terapias

Con la denominación Parálisis Cerebral nos referimos a un conjunto de síndromes o estados patológicos, secundarios a una lesión cerebral antigua motivada por factores de riesgo de variada localización cerebral, sin tendencia evolutiva, que se traducen por trastornos de la motricidad y su función; pudiendo añadirse además trastornos en otras esferas como la inteligencia, el lenguaje, la conducta o deficiencias sensoriales, disfunciones bioeléctricas cerebrales, etc.

La movilidad y el desplazamiento son condiciones humanas que intervienen prácticamente en toda la vida de relación, desde el trabajo al ocio, pasando por las actividades de independencia personal.

El individuo en su vida de relación está condicionado por dos premisas: querer y poder.

Puede quien tiene integridad anatómica para desarrollar actos motores y superar las dificultades del medio en el que se va a desarrollar: en su domicilio, en el lugar de trabajo, transporte, calle, etc. (Ángel, 1999)

El tratamiento de esta afección es multifactorial, y tradicionalmente se viene admitiendo que los pilares terapéuticos son cuatro: fisioterapia, logopedia, educación compensatoria y terapia ocupacional.

La fisioterapia es la estimulación planificada de la motricidad, para intentar recuperar no tanto la improbable regeneración del tejido nervioso afectado cuando los movimientos compensatorios que puedan sustituir a los limitados o ausentes.

El protagonista de este tratamiento (El fisioterapeuta) utiliza casi siempre una estrategia eléctrica entre los diversos modelos rehabilitadores útiles, como los de Bobath, Doman – Delacato, Votja, Phelps... Además la fisioterapia se tiene que complementar en ocasiones con tratamiento quirúrgico u ortesis.

La logopedia tiene a proporcionar el “lenguaje interno” la emisión del sonido vocal y la articulación de la palabra hablada, con diversas técnicas especializadas. En ocasiones la incapacidad de la expresión verbal lleva a la utilización de sistemas de comunicación no oral, entre lo que se están abriendo perspectivas muy amplias y esperanzadoras con modelos informatizados y nuevas tecnologías.

La escolaridad presenta opciones igualmente muy diferentes según el grado de afectación de los niños: desde una enseñanza normal apoyada en un aula especial de cualquier centro escolar, a una educación compensatoria de progresivo nivel en un centro especial, con profesorado especialista. (Ángel, 1999)

Según la International Society of Cerebral Palsy (Edimburgo, 1969), la Parálisis Cerebral es “un desorden permanente y no inmutable de la postura y el movimiento debido a una lesión cerebral antes que su desarrollo y crecimiento sean completos”.

El cuadro clínico parece progresar en el tiempo, pero esta aparente evolución es debida a los efectos del desarrollo del niño.

A medida que el niño aprende a moverse, sentarse, desarrollar reacciones posturales, mantenerse de pie y caminar, lo va haciendo de manera a normal, y en este aprendizaje su única guía es su sistema sensorial, que transmite al cerebro información sobre el estado a normal del tono y los patrones anormales del movimiento.

Son estas alteraciones, por lo tanto, a través de su constante repetición, las que quedan fijadas y más adelante reforzadas en el cerebro, de ahí la importancia de someterles a tratamiento desde las etapas más tempranas de su vida.

La diversidad de los problemas en la Parálisis Cerebral es enorme. Los responsables del tratamiento de estos niños proceden de muy diferentes campos, como la neurología, psicología, fisioterapia, terapia ocupacional, pedagogía, logopedia, ortopedia, oftalmología, otorrinolaringología. Cada incapacidad, sea del lenguaje, la manipulación, la audición o los mecanismos de equilibrio, es consecuencia de la lesión o alteración del desarrollo cerebral del niño y, por lo tanto, está en estrecha relación con las otras.

Ninguna alteración puede ser aislada y tratada separadamente del resto. Este hecho se admite en la mayoría de los países y los niños con Parálisis Cerebral son tratados con frecuencia en centros especializados, cuyo personal está compuesto por especialistas en los campos antes mencionados. (Ángel, 1999)

La importancia de un fisiatra desde determinado punto es la de un primer maestro para estos niños, es su guía en todo momento y a cada paso que dan, también es como un segundo padre, ya que al existir una relación cotidiana o temporal, se logran vínculos de afecto, y puedo llegar a decir que ese cariño que se genera en el niño con parálisis cerebral hace al fisiatra darle más; más enseñanza, más avances, más retos; simplemente se vuelven parte de tu familia. ¿Qué haríamos sin ellos?... Usted como padre, vivirá eternamente agradecido con ellos, por su tiempo, por su dedicación; por esa entrega con la que ellos los tratan y atienden a cada uno; un fisiatra en la vida de estos niños que tienen parálisis cerebral, simplemente para ellos son ángeles.

5.3 Entorno familiar

En este capítulo, solamente he hablado acerca del “niño incapacitado”. Me he referido a niños que tienen retraso del habla y/o lenguaje, deformidades físicas, retraso mental, sordera, etc. Los niños con dichos impedimentos pueden estar incapacitados en ciertas soluciones, pero pueden no estarlo en otras circunstancias. Se ofrecerán orientaciones para el asesoramiento a los padres, madres, tutores o guardadores legales sobre los aspectos más relevantes del contexto familiar y social que inciden en el desarrollo del alumno o alumna y en su

proceso de aprendizaje. (Saucedo Baro, 2017)

Aunque la mayoría de la gente habla del niño minusválido, yo prefiero el término “niño incapacitado”. Una incapacidad o un impedimento puede ser un problema de los sentidos (sordera, ceguera), de la estructura física (deformidad), del movimiento motor (parálisis cerebral), del funcionamiento mental (retraso mental, disturbios emocionales) o del lenguaje (mudez, autismo). Un niño con un impedimento puede ser capaz de realizar ciertas actividades; estar incapacitado implica que el niño está limitado y no puede hacer algunas cosas. Un niño con un impedimento puede ser incapaz de hablar ahora, pero con entrenamiento, un cambio de medio ambiente, con nuestra ayuda y por su iniciativa propia, puede superar esa incapacidad y llegar a comunicarse de alguna manera. Tal vez no sea perfecto, pero puede alcanzar cierto éxito si seleccionamos las metas adecuadas y le proporcionamos la educación y el estímulo que necesita. Sin embargo, la incapacidad persiste, pero si el niño puede superarla en una situación, no está necesariamente impedido en dicha circunstancias.

Un niño incapacitado no está solo. Existen profesionales que han dedicado su vida a ayudar a niños excepcionales. Estos profesionales no pueden mostrar lo que debe hacerse; no obstante, los servicios profesionales no son suficientes. Necesitamos proporcionar nuestro apoyo y guía a estos niños excepcionales para que puedan desarrollar todo su potencial y así sean independientes y vivan una vida plena y provechosa; es necesario que les brindemos nuestro amor y comprensión. Estos niños especiales necesitan lo que todo niño requiere: gente que los quiera, que los cuide y que los acepte como son. (Benjamín, 1988)

Un niño discapacitado, o con parálisis cerebral no necesita un letrado en la frente para decirnos, “soy diferente a ti”; sea cual tenga la discapacidad, estos niños, lo único que necesitan es el amor, el cariño y el cuidado que la familia y amistades le puedan brindar. Simplemente, regálales una sonrisa y para ellos es el mayor premio que pueden tener. No vienen de otro planeta, son unos seres tan puros, tan nobles, tan llenos de hermosos sentimientos.

5.4 Aceptación al mundo social con un niño discapacitado

La aceptación no significa que las cosas le tengan que gustar tal y como son; significa que usted acepta a su hijo como un niño y que lo acepta como él es. Usted acepta que su hijo tiene un impedimento y que tal vez nunca será capaz de hacer todas las cosas que un niño que se desarrolla normalmente puede hacer. No obstante, usted está decidido a ayudar a su hijo a superar los problemas que se le presentan. (Benjamín, 1988)

“Es difícil pero no imposible...” ustedes como padres que esperan a un hijo con todo el amor del mundo y por circunstancias ajenas a las suyas les toca tener un hijo con parálisis cerebral; no decaigan, sabrán salir adelante. Y no les quedará más que aceptarlo y quererlo porque quizá y no es lo que esperaban, pero han adquirido el regalo más grande: ser padres. Sí, tus expectativas, tus sueños, tus ilusiones se derrumban por completo, en un instante; pero, es simplemente una etapa de duelo en este largo proceso de aceptación; pasarán ustedes como padres por varias facetas: como la de culpa, la de enojo y la de rabia... hasta que lleguen a un momento en el que sólo necesitaban de un respiro, y descubrirán que por el amor a un hijo con estas discapacidades, se adaptarán tú a él, y él a ustedes para así juntos seguir creciendo y haciéndose mejores en todo lo que realicen; claro está, que de acuerdo a sus capacidades se lo permitan. Pero cuando salen al mundo de allá afuera, no les será nada fácil, se toparán con bastantes críticas y nada buenas hacia ustedes como padres de ese niño que tiene discapacidad; pero familias como la nuestra, deben de educar a esa sociedad que sólo se dedica a juzgar.

CONCLUSIONES

La parálisis cerebral es un trastorno no progresivo de la movilidad o de la postura, debido a una lesión o anomalía del desarrollo del cerebro inmaduro, que se caracteriza por alteraciones de los sistemas neuromusculares, musculoesqueléticos, sensoriales y según el período de la lesión cerebral, es causada por: enfermedades infecciosas de la madre durante el primer trimestre de gestación, trastornos de la oxigenación fetal, enfermedades metabólicas, hemorragia cerebral fetal; Anoxia neonatal por traumatismo físico directo durante el parto, maniobras de extracción inadecuadas, todas las irregularidades que puedan producir sufrimiento fetal en el parto (período natal o perinatal); Infecciones, intoxicaciones, traumatismos (período postnatal). Así pues, este trastorno no degenera, con lo cual el niño, si no se le aplica un tratamiento para que mejore, tiene las mismas deficiencias cuando es pequeño que cuando es mayor; sus causas no pueden ser prevenibles, con lo cual, la mayor medida para evitar que un niño nazca con esta patología es que la madre lleve un buen control de su embarazo.

Los niños con parálisis cerebral, independientemente del tipo que padezcan, presentan una serie de alteraciones comunes, como tono muscular anormal, alteración del control motor selectivo, reacciones asociadas (excesiva actividad muscular innecesaria que acompaña a una actividad motriz inmadura), alteración en el alineamiento musculoesquelético, alteración del control postural y del equilibrio, y fuerza muscular inadecuada, las cuales influyen en el movimiento y la coordinación del niño provocando compensaciones posturales.

Frecuentemente la parálisis cerebral viene acompañada de otros trastornos asociados como son: déficit auditivo, disfunción vestibular, defectos visuales, déficit perceptivos y sensoriales, déficit somatosensoriales, alteraciones del lenguaje, déficit cognitivo, trastornos de la conducta, problemas emocionales, problemas respiratorios, problemas circulatorios, epilepsia, osteoporosis

secundaria y trastornos ortopédicos. Estos trastornos dificultarán la percepción, el aprendizaje y el movimiento provocando así, problemas de adaptación al entorno.

El desarrollo físico, cognoscitivo, psicosocial y motor de un niño sano pasa por una serie de etapas que van sucediendo de manera gradual. En cambio, en los niños con parálisis cerebral esta secuencia de desarrollo o no se manifiesta o lo hace con retraso a causa de sus deficiencias.

Los reflejos primitivos y las reacciones neuromotrices, son presentes desde el nacimiento, y su valoración es de gran importancia porque permite obtener un diagnóstico precoz para iniciar lo más pronto posible un tratamiento con el fin de disminuir las alteraciones en los sistemas neuromusculares, musculoesqueléticos y sensoriales y mejorar así el crecimiento y desarrollo del niño con parálisis cerebral.

Para descartar una posible parálisis cerebral, el neuropediatra determina si se trata de un niño con riesgo biológico, con trastorno del desarrollo o un problema neurológico teniendo en cuenta las variaciones fisiológicas del desarrollo y determinados factores genéticos y ambientales.

La conciencia que tiene la población sobre esta enfermedad, es escasa. Solo aquellos que lo padecen, tanto el afectado como su entorno, saben realmente lo que esto supone. Estos niños tienen unas Necesidades Educativas Especiales que van más allá de la escuela, como con la familia, las personas de su entorno o los diferentes especialistas médicos que en su caminar van conociendo y tratándolos. Es necesario intentar responder a estas necesidades teniendo en cuenta su autonomía, autoconfianza y sin olvidar llevar a cabo una terapia física para el fortalecimiento de sus músculos. No todas las personas que padecen esta enfermedad tienen los mismos síntomas, causas o factores. Ya que hay varios tipos y subtipos en base a estos criterios. Personalmente me ha parecido un tema muy interesante ya que conocí bastante sobre este tema y gracias a este trabajo soy más consciente de la realidad que me rodea y puedo apreciar más lo que tengo y la contribución que llevo al tener hacia este tipo de alumnado. Es muy

importante que el profesorado y los futuros aspirantes a, como nosotros, sean conscientes de este trastorno y de cómo apoyarlo en las aulas.

De igual modo, también creo que el diagnóstico temprano y el tratamiento terapéutico de la parálisis cerebral son dos tareas complejas. Ya que de forma independiente del abordaje adecuado, el pronóstico del paciente puede ser desfavorable en el 30 – 40 % de los casos por la discapacidad que origina la propia enfermedad.

Las mejoras en el control terapéutico del niño, los avances farmacológicos y la calidad de la atención pluridisciplinaria son los factores de los que depende el presente y el futuro de estos niños. El pediatra desempeña un papel trascendental en este argumento; será el primer responsable en el control del desarrollo neurológico, conocerá las características clínicas y etiológicas de Parálisis Cerebral Infantil para administrar una información familiar adecuada a cada situación, colaborará con otros especialistas en la atención multidisciplinaria, vigilará los tratamientos empleados y la aparición de posibles efectos colaterales, y reconocerá de forma temprana la aparición de enfermedades asociadas para un control clínico temprano.

El fisiatra será el guía permanente del niño o niña con parálisis cerebral infantil dentro de este proceso; ya que sin él, no habría mejoras significativas en el desarrollo de ellos.

La escolarización para cualquier niño es básica y esencial, eso sin duda, pero para estos niños y niñas con parálisis cerebral es un tema complejo, delicado y especializado un tanto por las dificultades motoras como por la presencia de dificultades cognoscitivas y retrasos/daños que ellos tienen. Aquí se trabaja de la mano de todos: médicos, familia, docentes, niño; ya no es un triángulo, es un círculo que empapa al alumno con dicho padecimiento a ser mejor, a que él vea todos estos movimientos y por sí mismo conecte ; el neuropediatra y psicólogo infantil deberán en conjunto con el docente observar, marcar y proponer las

necesidades y requerimientos escolares que el niño requiera, para así adaptarnos a él y su entorno escolar lo acobije para hacer mejor su estancia en el aula.

BIBLIOGRAFÍA

- Aicardi, J. (1998). *Enfermedades del sistema nervioso en la infancia*. Londres: McKeitPress.
- Alonso Martín, M. L. (1999). *Atención Educativa a las personas con parálisis cerebral y discapacidades afines*. España: INSERSO.
- Ángel, G. P. (1999). *Niños y niñas con con parálisis cerebral descripción, acción educativa e inserción social*. España: Narcea.
- Benjamín, B. J. (1988). *Un niño especial en la familia: guía para padres*. México: Trillas.
- Betanzos, J. M. (2007). Las adaptaciones curriculares en los alumnos con parálisis cerebral.
- Blair E, S. F. (1988). *Asfixia intraparto: una causa rara de parálisis cerebral*.
- Covarrubias Pizarro, P. (2019). *Barreras para el aprendizaje y la participación: una propuesta para su clasificación*. Chihuahua, México.
- Discapacidad, Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. (2011). México.
- Farkas, A. (2014). *Conceptualización de la educación inclusiva y su contextualización dentro de la misión de UNICEF* (Cuadernillo 1 ed.).
- García Cedillo, I. (2018). La educación inclusiva en la reforma educativa de México. *Revista nacional e internacional de educaciónb inclusiva*, 11, 62.
- Juárez Núñez, J. M. (2010). *De la educación especial a la educación inclusiva* (Vol. 23). Distrito Federal, México: Argumentos .
- Martínez Silva, M. (2018). *Educación Inclusiva en México* (primera ed.). Chiapas, México.
- Raymond, A. (1981). *Principios de neurología*. España: REVERTÉ.
- Rodríguez Cuello, E. (2011). La deficiencia motora: características, necesidades educativas especiales e intervención del maestro de audición y lenguaje con los alumnos que la padecen. *Reflexiones y experiencias en el aula.*, 28, 58.
- Rosas, R. (2018). Pizzaras interactivas para un aprendizaje motivado en los niños con parálisis cerebral.
- Sánchez Montoya, R. (2014). *Educación especial e inclusión educativa*. España.
- Saucedo Baro, M. C. (2017). Dirección general de participación y equidad, por las que se actualiza el protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa. España: Torretriana.

Secretaría de Educación Pública. (2012). *Educación pertinente e inclusiva. La discapacidad en educación indígena* (Vols. Guía - cuaderno 3: Atención educativa de alumnos y alumnas con discapacidad intelectual). (D. G. INDÍGENA, Ed.) México.

Secretaría de Educación Pública. (2012). *Educación Pertinente e inclusiva. La discapacidad en educación indígena* (Vols. Guía - cuaderno 1: Conceptos básicos en torno a la Educación para todos). México: DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN INDÍGENA.

Vega López, C. M. (2017). *Intervención de iniciación a la lectura para niños con parálisis cerebral*. España.

William, C. (1990). *El niño con daño cerebral en la escuela, en el hogar y en la comunidad* (segunda ed.). México: Trillas.



IMPRESIONES Y PUBLICIDAD

SUR 15 No. 563 ENTRE
OTE. 10 Y 12 ORIZABA, VER.
TEL. 72 4 18 23 CEL. 272 122 34 31
leoimpresiones69@hotmail.com

*ENCUADERNADO
Y
EMPASTADO*