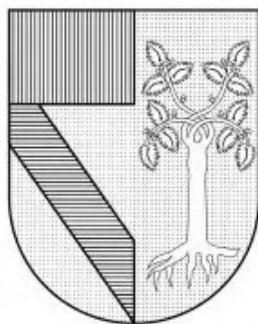


UNIVERSIDAD PANAMERICANA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



“LA PEDAGOGÍA TERAPÉUTICA COMO INSTRUMENTO
PARA LA FORMACIÓN DE HÁBITOS DE ESTUDIO
EN UNA ADOLESCENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL”

TESIS PROFESIONAL

Q U E P R E S E N T A

LETICIA CARDONA ALTAMIRANO

P A R A O B T E N E R E L T Í T U L O D E :

L I C E N C I A D A E N P E D A G O G I A

DIRECTORA DE TESIS
LIC. BEATRIZ EUGENIA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A Cristo,
mi Señor y Salvador,
quien no obra por casualidad, sino con propósito.*

..... ♣

*A mis papás, Ignacio y Leticia, por apoyarme y creer
aunque no siempre estemos de acuerdo.*

*A mi hermana, Betty, para quien he querido ser un testimonio de fe,
amor y perseverancia.*

..... ♣

*Y a Beto,
quien fue el instrumento para que yo descubriera mi vocación,
y porque los lazos que nos unen
son mucho más fuertes que los de la sangre.*

*A todos mis alumnos, chiquitos y grandes, y a sus papás.
Por ser la razón que me levanta cada mañana.*

*Pero muy especialmente a Jackie, a Wendy, a Fermín y a Paco,
quienes han sido fuente inagotable de satisfacciones y retos constantes.*

..... ♣

*Gracias Shidue y Evelyn por ser cimientos de esta MISIÓN,
Gracias Sara, Karlene, Lupita y Ma. Elena por ser los pilares que la
sostienen
con su vocación y compromiso.*

Con profunda admiración a mis maestros, pero muy especialmente a:

Marveya Villalobos,

Mary Pliego,

Georgina Quintanilla,

Tita Carreras,

Ana Tere López de Llergo,

Héctor Lerma,

Maggy Espinosa,

Mónica Meza

y

Bety González

*cuya misión, actitud y formación
han sido ejemplo a seguir en mi vida profesional.*

..... ♣

*A todos mis compañeros y colegas
de los colegios Everest, Carol Baur, Greengates School y Escuela de las
Lomas,
por su apoyo e impulso para superarme y ser mejor cada día.*

*A mis mejores amigos: Sandra, Jorge, Genaro y Ricardo,
que me han acompañado
en los mejores y más importantes momentos de mi vida;
pero también,
en los más difíciles.*

.....

.....



*A mis queridas amigas y cómplices:
Clau Enríquez, Angie, Sue y Rocío,
con quienes he compartido planes, triunfos, derrotas y algo más.*

..... ♣

*A Normita Garduño, David Rodríguez, Valeria Sánchez,
Silvia Pineda, Alfredo e Iggor,
que han sido como hermanos en tiempos de angustia
e instrumentos de Dios en diversas ocasiones.*

*A todos mis amigos y hermanos en Cristo, por su cariño y presencia;
por sus oraciones.*

*Con todo mi cariño a Hugo Orozco y a Tita Ortiz-Tirado,
con quienes compartí gran parte de esta historia
y fueron testigos de esta gran labor .*

..... ♣

A Paty y Tito Gurría por ser los padres y autores de la razón de esta tesis.

*A Rosa y Alex, por su gran cariño y dedicación.
Siempre los recordaré...*



*A mi querida Lany,
para quien "crecer" significó toda una experiencia...*



*“El Señor cumplirá en mí su propósito, tu gran amor, Señor, es para
siempre;
¡no abandones la obra de tus manos!”*

Salmo 138:8

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN		9
CAPITULO 1	CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DE LA PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL	13
	1.1 El cerebro humano.	14
	1.2 Clasificación de las personas con necesidades especiales.	20
	1.3 Daño del sistema locomotor: <i>Parálisis Cerebral Infantil</i> .	24
	1.4 Trastornos asociados con la Parálisis cerebral Infantil.	33
	1.5 Diagnóstico y esquemas de tratamiento terapéutico.	44
CAPÍTULO 2	LA PEDAGOGÍA Y EL ADOLESCENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL	50
	2.1 El adolescente con Parálisis Cerebral Infantil.	51
	2.2 La Pedagogía Terapéutica y el grupo interdisciplinario: una acción educativa especial y personalizada.	60
	2.3 La Didáctica en el Proceso de Enseñanza Aprendizaje (PEA)	67
CAPÍTULO 3	IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN CON EL MEDIO	72
	3.1 Buscando un lugar en la sociedad.	73
	3.2 El hogar y la familia para la persona con parálisis cerebral.	77
	3.3 La adaptación del centro educativo y las distintas opciones para la enseñanza académica.	92
	3.4 El pronóstico y las expectativas para la persona con PCI	96
CAPÍTULO 4	DERIVACIÓN PRÁCTICA LA PEDAGOGÍA COMO INSTRUMENTO PARA LA FORMACIÓN DE HÁBITOS DE ESTUDIO EN UNA ADOLESCENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL	99
	4.1 Planeación del estudio de caso	100
	4.2 La Pedagogía Terapéutica en la formación de hábitos de estudio.	110
	4.3 Evaluación del proceso educativo y comprobación de la hipótesis planteada.	118
	4.4 Situación actual de la adolescente.	123
CONCLUSIONES		124
ANEXO		132
BIBLIOGRAFÍA		134

INTRODUCCIÓN

*“Las decisiones que tomamos en la vida, la elección entre un bien y otro,
se encuentran fundamentalmente en la experiencia”*

En enero de 1982, mi madre, buscando realizar algún tipo de servicio social, llegó a una casa hogar para niños con distintas necesidades educativas especiales (NEE). Ahí conocimos a un pequeñito de 2 años 8 meses que padecía Síndrome de Down. Su llegada a mi vida marcó definitivamente las decisiones futuras en cuanto a mi vocación profesional. Por primera vez comprendí que el amor produce milagros, que es sufrido y no es egoísta; que todo lo cree, todo lo espera y todo lo soporta.

Este pequeñito pasó a formar parte de mi familia a los pocos meses de haberlo conocido. Al darnos cuenta de su potencial para salir adelante y tomando en cuenta su corta edad, se le inscribió a una escuela especial y se le proporcionó atención médica. Durante casi dos años, él fue la alegría de mi casa. Indirectamente vivimos la integración de un miembro excepcional en la familia y los círculos sociales; así como la constante preocupación por su educación, salud y desarrollo. Creo que esta experiencia le dio profesionalmente el sentido a mi vida. Separarnos finalmente fue difícil, pero justo por derecho natural. Desde julio de 1985, él vive con su verdadera familia.

En las instituciones donde prestábamos nuestros servicios como voluntarias conocí otras formas de discapacidad, tales como parálisis cerebral, deficiencia mental, autismo, etc.; sin profundizar mucho en su estudio y tratamiento. A los 15 años empecé a asistir como voluntaria a una escuela de Educación Down. Mi trabajo consistía en auxiliar a la educadora con niños pequeños entre los 3 y 5 años de edad.

En junio de 1992 tuve la oportunidad de empezar a trabajar remuneradamente, atendiendo por las tardes a una adolescente norteamericana con Síndrome de Down. Desde entonces comencé a interesarme mucho por esta etapa evolutiva, a la cual me resistía por encontrarme dentro de ella y experimentar en carne propia su difícil proceso.

Desde muy pequeña, toda la literatura relacionada con el tema de Educación Especial llamó siempre mi atención. Leí varios libros sobre deficiencia mental, trastornos en el aprendizaje, estimulación temprana, daño cerebral y me deleité con ellos. Mi objetivo fue siempre el de profundizar en estos temas para ofrecer una ayuda más eficiente. Fue entonces cuando me llegó el momento de elegir, y decidí estudiar la Licenciatura en Pedagogía. En febrero de 1995 se me confió profesionalmente a una adolescente con parálisis cerebral infantil que, por su historia personal y académica, llamó mucho mi atención. Mi labor profesional a su lado duró casi tres años. A ella le debo la existencia de esta tesis.

Durante todo este tiempo me he enfrentado con la angustia y preocupación de los padres y profesores que buscan desesperadamente el tratamiento ideal para la resolución de sus problemas, en cuanto a los trastornos y deficiencias de sus pequeños. Las citas al neurólogo, al psicólogo, al psiquiatra y a tantos otros profesionales no han sido suficientes para convencerlos. El niño o adolescente en este caso, también se ha etiquetado con el problema y va de un tratamiento a otro, de una institución a otra sin éxito y perdiendo los mejores años para aprender cuando en realidad puede.

El aprendizaje para la mayoría de los niños que ingresan a la escuela primaria puede resultar divertido e interesante; pero hay otros a los que este proceso les parece difícil y casi imposible, creando a su alrededor un ambiente adverso, lleno de tensión y angustia. Lamentablemente, hay quienes llegan a la adolescencia sin haber recibido una educación adecuada. Aunque la situación es más complicada debido a las características propias de esta etapa, es posible seguir un tratamiento que requerirá, por supuesto, de más tiempo y esfuerzo por parte de los padres, profesores y el mismo alumno. Por esta razón, me interesa resaltar la importancia de una educación a tiempo.

Generalmente, las escuelas regulares no cuentan con la infraestructura adecuada ni con programas educativos adaptados a las necesidades de estas personas. Asimismo, las escuelas de educación especial no ofrecen una alternativa eficaz; poseen bajas expectativas, carecen de un sistema de clasificación diagnóstica y agrupan indiscriminadamente a las discapacidades.

Según las estadísticas del INEGI en el 2001, las personas que padecen parálisis cerebral infantil son las que ocupan el mayor número de discapacitados en nuestro país. La falta de información y orientación adecuada para atender estos casos, ha originado un maltrato y subestimación de la capacidad funcional de estas personas. Debido a que existe un gran potencial en ellos y merecen una calidad de vida

equiparable con la de cualquier otro individuo, es de mi interés orientar acerca de la manera en que se puede ayudar a estas personas a encontrar un lugar dentro de la sociedad.

El presente estudio va dirigido a los padres y profesores de niños y adolescentes con problemas de aprendizaje, y en especial a aquellos que padecen PCI. El objetivo es sustentar que la adaptación y funcionalidad de una persona con NEE al medio, no depende de sus limitaciones físicas, mentales o de aprendizaje; sino de un apoyo multidisciplinario en donde intervienen los padres, médicos, profesionales y la sociedad misma. Su proceso de educación o rehabilitación debe adaptarse a las características y necesidades particulares de los mismos, apoyado por todos aquellos profesionales también involucrados.

Para tal efecto, se dividió este estudio en cuatro capítulos. Los tres primeros corresponden a la fundamentación teórica y el cuarto a la derivación práctica.

La razón de este orden temático se debe a que para poder analizar al adolescente con parálisis cerebral infantil como persona y su relación con el medio, es necesario definir con claridad la lesión y describir los aspectos que la caracterizan.

Los autores que aparecen en la bibliografía, fueron seleccionados por la sencillez y claridad de su vocabulario, su enfoque ideológico y porque, algunos de ellos, han formado parte de mi preparación profesional.

En el *CAPITULO 1* se identifica el tipo de lesión cerebral que origina la parálisis cerebral infantil, su etiología, condiciones y sintomatología; así como los trastornos más frecuentes asociados con el aprendizaje. Asimismo, se hará referencia a los tipos e instrumentos de diagnóstico que comúnmente se utilizan y a algunas estrategias generales de tratamiento.

En el *CAPITULO 2* se estudiará al adolescente con parálisis cerebral infantil como persona, así como los elementos que conforman una acción educativa con base en la Pedagogía Terapéutica.

En el *CAPITULO 3* se pretende apreciar la importancia que tiene la constitución del medio para la correcta integración del adolescente con discapacidad. Brevemente, se referirá a la participación de la sociedad y se profundizará en aquellas instituciones que guardan una relación más directa con las necesidades especiales de estas personas, como son la familia y el centro educativo.

El *CAPITULO 4* que corresponde al título de esta tesis, contiene la derivación práctica de mi trabajo de investigación.

El tipo de derivación práctica que se llevó a cabo es un tipo de *investigación descriptiva* con base en la comprobación experimental de una hipótesis planteada. La muestra elegida para dicho efecto es un caso único.

Según los momentos didácticos, se ha dividido este capítulo en tres partes. La primera, referente a la *Planeación*, contiene la descripción del problema, formulación de la hipótesis y las variables independientes, así como la selección de estrategias, actividades y profesionales a su cargo para el cubrimiento de esas necesidades.

En la segunda parte o *Realización* del caso, se incluyen las variables dependientes, se describe la manera en que se llevó a cabo el tratamiento, el tiempo y los recursos didácticos empleados, así como la metodología y técnicas utilizadas.

La tercera parte o *Evaluación* de este estudio, contiene los resultados obtenidos y la comprobación de la hipótesis planteada.

Al final se encuentran las conclusiones, los anexos y la bibliografía consultada. Cabe señalar que cada persona es única e irrepetible y, aunque a lo largo de la tesis se generalizan los rasgos para simplificar su estudio, cada caso merece una atención y tratamiento personalizado.



CAPÍTULO 1

Características fundamentales de la Parálisis Cerebral Infantil



“Mi apariencia desconcierta, lo sé, y para mí que vivo dentro de mi cuerpo, es muy difícil. Sin embargo, tengo un espíritu libre, inquieto y alegre. Como todos, tengo ratos felices.”

Beatriz Molina Ortiz Monasterio, 1995

CAPÍTULO 1

Características fundamentales de la Parálisis Cerebral Infantil

1.1 El cerebro humano.

El cerebro es el órgano rector de todas las funciones de nuestro organismo. En él se registran, se integran y elaboran cada una de las acciones y reacciones de nuestro cuerpo. También recibe el nombre de encéfalo.

El cerebro necesita mucho oxígeno y nutrientes para realizar sus funciones, por lo que contiene la quinta parte de la sangre de todo el organismo. Sin embargo, esta cantidad le es apenas suficiente. Tan sólo unos segundos de interrupción en la aportación sanguínea, pueden causar desde la pérdida momentánea de la conciencia hasta graves lesiones cerebrales e incluso la muerte.

1.1.1 Estructura y funcionamiento del cerebro.

El cerebro o encéfalo no es una suma de partes, sino que funciona como un todo integral. Es el área de integración principal del Sistema Nervioso Central (SNC). Ahí es donde se almacena la información recibida del exterior para que, posteriormente, se elaboren los pensamientos y se generen respuestas. Cualquier alteración que sufra, puede provocar daños reversibles o irreversibles en una o varias funciones del organismo.

El SNC posee tres funciones primordiales:

1. Función sensitiva: Encargada de captar el estímulo exterior por medio de los sentidos y transmitirlo en forma de impulsos eléctricos.
2. Función integradora: Encargada de almacenar, interpretar y procesar la información obtenida.
3. Función motora: Encargada de responder al estímulo a través del movimiento y/o los estados de ánimo.

El cerebro se encuentra encerrado en una cubierta muy resistente de hueso como protección. Debajo del hueso se encuentra otra cubierta muy resistente de tejido conjuntivo que recibe el nombre de meninges. Por debajo de éstas se encuentra el músculo encefálico o tejido neural.

El encéfalo está dividido primeramente en dos hemisferios. El hemisferio derecho se encarga de regular las habilidades no verbales, tales como la distancia, tiempo y velocidad; mientras que el hemisferio izquierdo controla a aquellas relacionadas con las habilidades intelectuales y verbales. Sin embargo, la función de uno repercute recíprocamente en el otro.

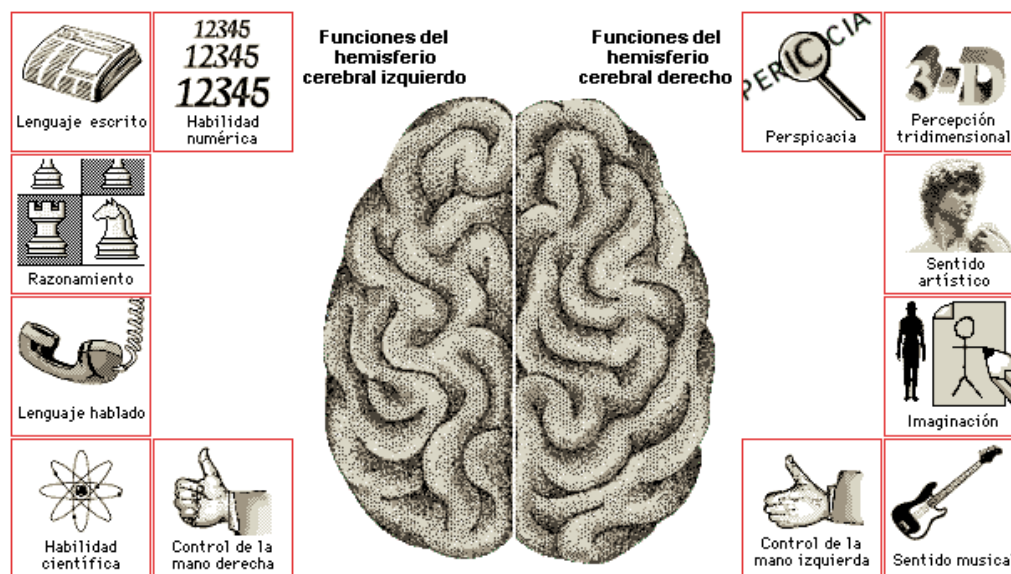


Fig 1. Los hemisferios cerebrales y sus funciones

Asimismo, el cerebro se divide en cinco subregiones que son: telencéfalo, diencéfalo, mesencéfalo, metencéfalo y mielencéfalo. Los términos de cerebro anterior, cerebro medio y cerebro posterior se usan a menudo. El cerebro anterior o prosencéfalo incluye al telencéfalo y al diencéfalo. El cerebro medio es el mesencéfalo y el cerebro posterior incluye el metencéfalo y mielencéfalo¹

La mayor parte de los aprendizajes se llevan a cabo en el telencéfalo, su función principal es recibir los estímulos del exterior e integrar la información a través de una interconexión neuronal. El diencéfalo se

¹ cfr. BROWN, T.S., Psicología fisiológica., p.61.

unen los dos hemisferios cerebrales a través del cuerpo caloso. El mesencéfalo y el metencéfalo se encargan de integrar todas las señales sensoriomotoras. Por último, en el mielencéfalo se conecta el cerebro con la médula espinal.

En el telencéfalo se encuentra la corteza cerebral o "parte externa del cerebro". Parte de ella está dedicada al procesamiento de la información sensorial y al control motor. Sus divisiones principales se llaman lóbulos y son los siguientes: frontal, temporal, parietal y occipital. En el lóbulo frontal se llevan a cabo las funciones intelectuales, tales como el razonamiento y pensamiento abstracto, actitud sexual y agresión, olfato, lenguaje articulado, el movimiento voluntario y la postura. El lóbulo temporal se encarga de las áreas de asociación auditiva y comprensión del lenguaje. Aquí los sonidos se interpretan como palabras, las palabras como frases y las frases como pensamientos. Tiene que ver con la actitud emocional y con las reacciones viscerales del organismo. El lóbulo parietal se ocupa del reconocimiento y discriminación de estímulos sensoriales, de la capacidad para usar símbolos como medios de comunicación y la capacidad de desarrollar ideas y respuestas motoras necesarias para llevarlas a cabo.

Por último, el lóbulo occipital está encargado de los procesos visuales. Aquí es donde se integran los símbolos como ideas que expresan algo en particular.

Todas estas áreas se ilustran en la siguiente figura:

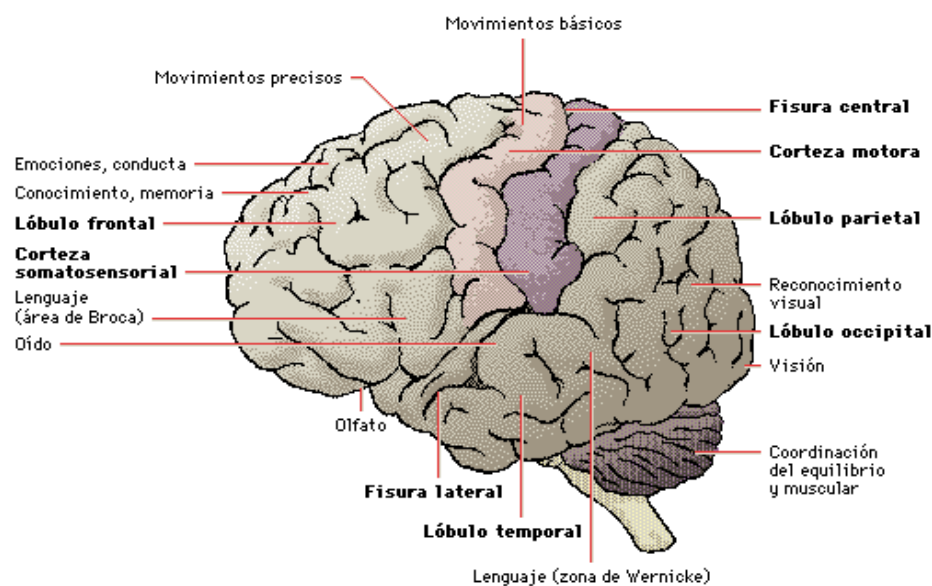


Fig 2. Subdivisiones anatómicas del cerebro

En la actualidad, diversos estudios neurológicos han demostrado que ciertas funciones del organismo corresponden a determinadas estructuras cerebrales. Modernos instrumentos pueden demostrarnos gráficamente qué funciones específicas realizan dichas estructuras. Sin embargo, con frecuencia nos hacemos las siguientes preguntas:

- ¿Por qué dos individuos reaccionan de distinta manera ante el mismo estímulo?
- ¿Por qué si se lesiona una parte del cerebro se pueden recuperar parcialmente las funciones que dicha estructura realizaba?
- ¿Tendrá esto algo que ver con las conexiones neuronales?

Alguna vez se pensó que el cerebro era una especie de mosaico y que la suma de todas sus partes era lo que permitía su funcionamiento global. Incluso, llegó a comparársele con una computadora. Se pensaba que si se lesionaba alguna de sus estructuras, con tan sólo cambiar o reparar el área dañada se corregiría el problema. Sin embargo, aceptar una teoría como ésta equivaldría a afirmar que el ser humano no es una unidad invisible, mucho menos única; sino una simple integración de diversas piezas.

¿Acaso es posible sustituir a un ser humano por otro?

A pesar de todo, el criterio localizacionista tuvo su mérito. Hoy, ante cualquier manifestación de daño o déficit neurológico, se puede saber con gran precisión qué parte del cerebro, de la médula espinal o de alguna otra estructura nerviosa se encuentra afectada. Pero de ahí a pensar que las más nobles funciones del organismo como la inteligencia, la voluntad o los sentimientos corresponden a determinadas zonas o estructuras cerebrales es absurdo. No hay ninguna localización del alma.

1.1.2 La neurona: unidad constitutiva del cerebro.

Todo el tejido nervioso está formado por neuronas, las cuales son muy especiales, porque llevan el impulso eléctrico o información al resto del cuerpo y no pueden regenerarse. Debido a que el encéfalo es un tejido nervioso, está constituido por miles de millones de neuronas. Toda la información recibida del exterior se traduce, codifica y transmite en forma de impulsos eléctricos.

En el cerebro humano hay aproximadamente doce mil millones de células nerviosas y sus posibles interconexiones son mayores que el número de partículas atómicas que forman el universo. Sus componentes más importantes son las neuronas y las células gliales.

La neurona es la unidad genética, estructural y funcional del cerebro. Su principal función es procesar la información. Todo lo que hacemos, pensamos, sentimos y recordamos depende de la actividad de las neuronas.

Las células gliales rodean a las neuronas y les sirven de sostén, sirviéndoles como amortiguador entre ellas y el resto del organismo. Algunas de estas células como los astrocitos, realizan importantísimas funciones como veremos más adelante².

La neurona es muy semejante a las demás células del organismo. Tiene un núcleo que contiene DNA, una membrana celular y citoplasma. Su estructura se compone de las dendritas, un cuerpo celular o soma, un axón y terminales sinápticas (telodendritas) en los extremos de las ramificaciones del axón.

Las dendritas son la zona receptiva de la neurona y el agente comunicador con otras neuronas, funcionan como una adaptación especial recibiendo los mensajes del exterior y los conduciéndolos al cuerpo de la neurona.

En el cuerpo celular se da la codificación de todas las funciones metabólicas. Ahí se hace la síntesis de la información recibida por los sentidos externos. Su principal función es la recepción e integración de la información que posteriormente se va a transmitir.

El cono axónico es la parte terminal del cuerpo celular. Su función es integrar la información. Es el centro de discriminación de la neurona. El axón es un largo filamento que se origina en la saliente del cuerpo celular hasta las telodendritas. Su función principal es la recepción e integración de la información que posteriormente se va a transmitir. Las telodendritas son la parte final del axón. Tienen a su cargo la transmisión de impulsos eléctricos a otras neuronas adyacentes a ellas, dispuestas en forma de circuito. A este proceso se le conoce como sinapsis.

² cf. BROWN, T.S., Psicología fisiológica., p.58-59.

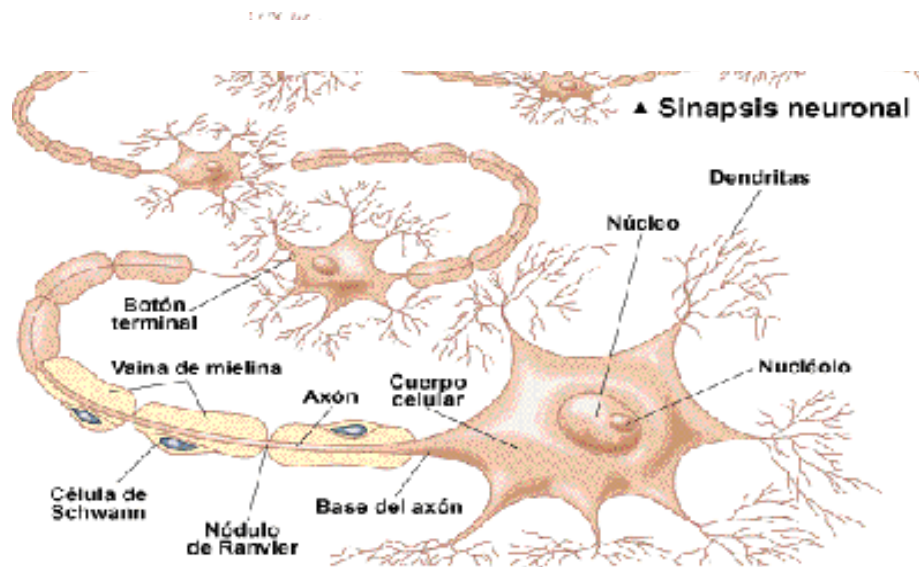


Fig. 3 Estructura de la neurona

1.1.3 Transmisión sináptica.

Las neuronas presentan dos características propias:

- a) Irritabilidad: capacidad para responder a los impulsos eléctricos.
- b) Conductibilidad : capacidad para transmitir dichos impulsos a otras células o neuronas.

Cuando llega un impulso eléctrico a las terminales sinápticas, se libera una pequeña cantidad de una sustancia química llamada neurotransmisor. Este se difunde por el pequeño espacio que media entre la terminal sináptica y la membrana de la siguiente célula que, al establecer contacto, produce un cambio en su membrana³. Entre los neurotransmisores más conocidos tenemos a la noradrenalina, relacionada con el control del estado de ánimo, la respuesta al estrés provocado por condiciones ambientales, la conducta de ingestión de alimentos y otros sistemas conductuales. A la dopamina que tiene una íntima participación con el control del movimiento. La falta de ésta provoca movimientos involuntarios, como en el caso de los pacientes epilépticos o con Síndrome de Parkinson. También, se tienen referencias de que participa en la

³ cfr. BROWN, T.S., *Psicología fisiológica.*, p.35.

etiología de la esquizofrenia. La serotonina es otro neurotransmisor que participa en el control del sueño y la vigilia; y la acetilcolina es un neurotransmisor excitador.

Por su plasticidad, el cerebro puede desplazar sus funciones a otra región cuando alguna de éstas se daña, estableciendo nuevas conexiones neuronales. Tal como veremos más adelante, el cerebro transfiere sus funciones desde el hemisferio dañado hasta el hemisferio sano para recuperar, aunque sea parcialmente, el uso del miembro afectado.

Cuando algún órgano se daña, las dendritas neuronales extienden sus raíces, tanto como les sea posible, para conectarse con las de otra neurona y suplir, de alguna manera, el déficit funcional. Puede decirse que, hasta cierto punto, se compensa la deficiencia ocurrida.

1.2 Clasificación de las personas con necesidades especiales.

Es muy difícil establecer una clasificación exacta de las personas con necesidades especiales. Por lo general, cada una de ellas va acompañada de muchos o pocos trastornos asociados que dificultan aún más su categorización. Sin embargo, no es necesario que mencionemos cada una de ellas. Basta con comprender que entre las diferencias de unos y otros autores existen coincidencias fundamentales que nos permiten llegar a una clasificación, si no perfecta, por lo menos útil.

1.2.1 Diferencia conceptual entre lesión y disfunción cerebral.

Ambos términos son muy utilizados y, a menudo, también confundidos en el estudio de las personas con necesidades especiales. Por lo tanto, es necesario establecer conceptualmente su diferencia y emplearlos correctamente.

* **Lesión cerebral:** Daño físico del cerebro, herida o degeneración local que ha provocado una muerte neuronal y puede ser localizado en alguna de sus estructuras. Este tipo de lesiones se acompañan, por lo general, de manifestaciones externas e irreversibles.

- * **Disfunción cerebral:** Alteración neurológica de las funciones cerebrales por un déficit o incapacidad para ser realizadas. No siempre responde a una lesión anatómica del cerebro, sino que puede deberse a una malformación, trastorno en el desarrollo, alteración bioquímica o eléctrica, o bien, a una irritación de la masa encefálica.

En la actualidad, el término “disfunción cerebral mínima” es comúnmente utilizado por algunas personas en el momento de establecer un diagnóstico. Sin embargo, se debe evitar su empleo; ya que se considera engañoso y puede albergar falsas esperanzas respecto a la definición del problema, su pronóstico y tratamiento.

1.2.2 Cuadros clínicos.

Por su capacidad funcional, se puede clasificar a las personas con necesidades educativas especiales bajo los siguientes criterios:

- * **Deficiencia:** Anormalidad en el funcionamiento de alguna estructura psicológica, fisiológica o anatómica. Su capacidad funcional es satisfactoria; requiere un mínimo de ayuda.
- * **Discapacidad:** Es toda restricción o ausencia debida a una deficiencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma considerada como normal para un ser humano. Su capacidad funcional se encuentra parcialmente restringida y requiere forzosamente de ayuda para la ejecución de sus actividades.
- * **Minusvalía:** Consiste en una situación totalmente desventajosa para determinados individuos, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desarrollo funcional normal en su caso. A diferencia de la anterior, la capacidad funcional del sujeto está gravemente alterada.

Por sus manifestaciones físicas y de comportamiento, las personas con necesidades especiales se agrupan de la siguiente manera:

a) Motores: Aquellos que tienen necesidades de desplazamiento o movimiento.

- Parálisis Cerebral
- Polio
- Escoliosis
- Espina Bífida
- Alteraciones del sistema locomotor

b) Intelectuales: Se refiere a aquellos cuyo coeficiente intelectual (CI) está por debajo o por encima de la media. El CI con el que nacemos no aumenta lo largo de nuestra vida, sino que se desarrolla. Lo lamentable es que éste sí puede perderse por factores de salud física como problemas hepáticos, la falta de yodo, etc.

- Deficiencia intelectual
- Sobredotados intelectuales
- Fenilcetonúricos
- Cretinismo

c) Mentales: A diferencia de los intelectuales, y pudiendo deberse o no a alguna alteración química del cerebro, esta clasificación se refiere a los trastornos en el equilibrio mental y emocional del sujeto con notables alteraciones de la conducta.

- Neurosis
- Depresión
- Déficit de atención (TDA)
- Psicosis
- Esquizofrenia
- Autismo

d) Genéticos: Son transmitidos de una generación a otra, de padres a hijos únicamente, por algún tipo de información genética recesiva.

- Síndrome de Down
- Síndrome de Patau
- Síndrome de Edwards
- Síndrome de West
- Síndrome de Turner

e) Sensoriales: Incapacidad de los sentidos para realizar sus funciones adecuadamente.

- Ceguera
- Sordera
- Agnosia táctil
- Agnosia olfativa
- Senestesia

f) Congénitos: Factores que pueden llegar a manifestarse por herencia; no necesariamente de padres a hijos.

- Paladar hendido
- Polidactilia
- Epilepsia
- Diabetes
- Labio leporino

g) Aprendizaje: Cuando la persona no puede llevar a cabo la sistematización correcta de las habilidades o estructuras intelectuales que permiten la recepción, codificación, clasificación, interpretación y comprensión de los conocimientos para la solución de problemas.

- Dislexia
- Discalculia

- Disgrafía
- Disartria
- Disortografía
- Dislalia
- Acalculia

Cabe señalar que los trastornos citados anteriormente pueden presentarse en forma primaria o secundarios a alguna lesión cerebral. En los trastornos primarios, se puede aspirar a una recuperación total, mientras que en los segundos, el trastorno es irreversible y su recuperación es parcial.

Por la naturaleza de este estudio, no nos detendremos a definir cada una de estas tipologías. Nos referiremos únicamente a los trastornos motores y, en exclusiva, a la Parálisis Cerebral Infantil.

1.3 Daño del sistema locomotor: Parálisis Cerebral Infantil.

Todas las actividades motoras del cuerpo, por sencillas o complejas que sean, se encuentran reguladas por la corteza cerebral, los ganglios basales y el cerebelo.

Cualquier deficiencia que se encuentre ligada a la producción, regulación y coordinación del movimiento es por ende, un trastorno motor.

Literalmente, el término parálisis cerebral significa “parálisis del cerebro”. Blenk, define a la Parálisis Cerebral (PC) como un “trastorno no progresivo del movimiento o la postura, que se inicia en la niñez, debido a un mal funcionamiento del cerebro o disfunción cerebral”.⁴

Santiago Molina la define como “un desorden permanente del tono, la postura y el movimiento como consecuencia de una disfunción cerebral, producidos por una lesión cerebral que se da antes de que el desarrollo y crecimiento del cerebro estén completados.”⁵

Hay que destacar el carácter “permanente” de la Parálisis Cerebral, lo cual nos confirma que, por efecto de una muerte neuronal irreversible, no podrá corregirse con el tiempo. Es decir, la persona que

⁴ cfr. PATTON, James R., et al., *Casos de educación especial*, p. 120.

⁵ cfr. MOLINA G., Santiago., *Bases psicopedagógicas de la Educación Especial*, p. 346.

nace con Parálisis Cerebral, a pesar de contar con diversas terapias y tipos de tratamiento aún siendo los más sofisticados, siempre estará presente la lesión cerebral y las manifestaciones que ésta conlleva.

“La parálisis cerebral es una condición de incapacidad física que surge cuando hay lesión en la parte del cerebro que controla el movimiento y el equilibrio”⁶

“(…) es un trastorno permanente del tono muscular y de la motilidad voluntaria relacionada con un lesión no progresiva de las estructuras encefálicas que gobiernan dichas funciones, habiendo ocurrido el citado daño cuando el sistema nervioso se encontraba en proceso de configuración y maduración.”⁷

Al mencionar que la lesión ocurre cuando el sistema nervioso está en proceso de configuración y maduración, se habla de una Parálisis Cerebral Infantil (PCI); es decir, aquella que ocurre en el periodo gestacional o durante los primeros 3 años de vida extrauterina. Aproximadamente el 95% de los casos de parálisis cerebral se dan durante la infancia. Por lo tanto, utilizaremos indistintamente los términos PCI y PC a lo largo de este estudio.

Por ser una la lesión localizada en el SNC, la PCI se acompaña frecuentemente de varios trastornos y en muy diverso grado. Christine Miles lo define como “un trastorno complejo que comprende varios síntomas: alteración de la función neuromuscular con déficits sensoriales (audición, visión, habla, etc.) o sin ellos; dificultades de aprendizaje con déficit intelectual o sin él y también problemas emocionales.”⁸ Estos trastornos dependen, además, de la localización de la lesión en el cerebro.

Por lo tanto, se puede resumir que la PCI es un trastorno neurológico, causado por una lesión cerebral, cuya manifestación es un déficit o incapacidad motora y de la postura, que puede ir o no acompañada de algunos otros trastornos específicos.

1.3.1 Etiología.

La etiología es el estudio de las causas de los fenómenos y enfermedades, así como de las enfermedades mismas.

⁶ MILES, Christine., Educación especial., p. 223.

⁷ C.E.F.A.E.S., Entorno a la parálisis cerebral infantil., p. 7.

⁸ MOLINA G. Santiago., op. cit., p. 347.

Las causas que originan la PCI son todas aquellas agresiones al encéfalo que provocan una lesión irreversible, aunque no progresiva, de las estructuras neuronales que gobiernan el tono muscular y la motilidad.⁹

Es muy difícil precisar con claridad cuáles fueron las causas que provocaron dicha lesión; sin embargo, los principales factores etiológicos de la Parálisis Cerebral pueden clasificarse en cuatro grupos: prenatales, perinatales, neonatales y postnatales.

A. Prenatales: Se dan aproximadamente en un 35% de los casos y se deben a diversas condiciones desfavorables durante el embarazo como las siguientes:

- ✓ Padecimientos infecciosos de la madre, principalmente rubéola y toxoplasmosis.
- ✓ Anoxia del producto o feto, producida por alguna de las siguientes situaciones en general: aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios, etc.
- ✓ Hemorragia cerebral en el producto o feto (generalmente microhemorragias), producida por toxemia¹⁰ del embarazo o de otro origen, por trauma directo, diátesis hemorrágica¹¹, etcétera.
- ✓ Exposición excesiva a los rayos X.
- ✓ Disturbios metabólicos, especialmente diabetes mellitus¹².
- ✓ Factor Rh, causa de Kernicterus o ictericia.
- ✓ Tamaño anormal del feto por una posición inadecuada que impidió u obstaculizó su crecimiento.
- ✓ Insuficiente estiramiento de los ligamentos del arco pélvico (pelvis demasiado estrecha).

⁹ cfr., ibidem., p. 10.

¹⁰ Síndrome causado por la aparición de albuminuria, edemas e hipertensión arterial en la embarazada.

¹¹ Grupo de enfermedades de la sangre caracterizadas por un retardo en la coagulación y un exceso de sangrado.

¹² Trastorno crónico, congénito o adquirido, del metabolismo que se caracteriza por una insuficiencia del organismo para aprovechar los azúcares, y que se debe a la ausencia o disminución de insulina en el páncreas, o a que ésta es insuficiente por un trastorno de las células.

“Toda patología materna, sea enfermedad propia del embarazo o coincidente con él, es una posibilidad potencial de agresión al feto; su mecanismo casi siempre es la anoxia, pero en ocasiones obedece a una localización directa encefálica, como ocurre a veces en las infecciones.”¹³

B. Perinatales y Neonatales: Se refieren a todos aquellos factores que influyeron en el momento del parto y hasta las cuatro semanas después de nacido. Están presentes en el 55% de los casos.

- ✓ Anoxia ocasionada por una obstrucción del cordón umbilical o por no respirar inmediatamente después del nacimiento.
- ✓ Mala aplicación de fórceps.
- ✓ Traumatismos céfalo-craneales.
- ✓ Todas las distocias capaces de producir sufrimiento fetal, como por ejemplo: el parto prolongado, expulsión demasiado rápida, cesárea, inducción por ocitócicos¹⁴ u obstrucción de la cavidad pélvica de la madre.
- ✓ Mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre.
- ✓ Placenta previa.
- ✓ Infecciones virales y hemorragias cerebrales.

Hay que aclarar que no por el hecho de presentarse problemas en el momento del parto, el bebé tenga que sufrir, necesariamente, alguna lesión. Acontecen partos difíciles, llenos de complicaciones que, sin embargo, han permitido la vida de niños sin ninguna alteración. Todos los niños que nacen corren el riesgo universal de sufrirla, pues nacer es todo un reto.

C. Postnatales: Son aquellas que se presentan después del nacimiento, por lo general, durante los primeros años de vida extrauterina. Acontecen en un 10% de los casos, y son debidos a factores como:

¹³ FUNDACIÓN OBLIGADO., Síndromes de parálisis cerebral., p. 24.

¹⁴ Productos químicos administrados a la madre para provocar las contracciones e inducir el parto.

- ✓ Enfermedades infecciosas durante los primeros meses, especialmente paperas, tosferina, sarampión, escarlatina y neumonías; también la encefalitis y la meningitis.
- ✓ Traumatismos céfalo-craneales por accidentes.
- ✓ Secuelas debidas a incompatibilidad del factor Rh.
- ✓ Neoplasias cerebrales.¹⁵
- ✓ Anoxias accidentales pasajeras (privación).
- ✓ Mala o insuficiente nutrición.

De estas tres etiologías, se infiere que la PCI se trata esencialmente de factores ambientales que actúan alterando un fenotipo que, desde el punto de vista genético, seguramente era normal.¹⁶

Por lo general, la genética no está relacionada en los casos de parálisis cerebral. Es decir, no es común la existencia de alguna anormalidad cromosómica en los padres que pueda transmitirse de generación en generación.

Resulta importante destacar que en estos casos se da un déficit en el aporte de oxígeno, o bien, una alteración de intercambio bioquímico que produce una muerte neuronal. En consecuencia, esta lesión y sus efectos actúan en una zona del cerebro preferentemente, llegando a producir diferentes cuadros clínicos.¹⁷

1.3.2 Condiciones de la Parálisis Cerebral.

A lo largo de este estudio, se han citado conceptos como: permanencia no progresiva, trastornos asociados, lesión en alguna de las estructuras del cerebro, etiología, etc.

Lo anterior nos hace suponer que existen ciertas condiciones diagnósticas que integran a la parálisis cerebral como una entidad clínica distinta de otras lesiones cerebrales. Tomando en cuenta lo anterior, se consideran cuatro condiciones diagnósticas: ¹⁸.

- A. Anatómica: es una lesión difusa localizada en alguna de las estructuras del encéfalo: cerebelo, ganglios basales o haces piramidales.

¹⁵ Tumoración, crecimiento celular.

¹⁶ cfr., FUNDACIÓN OBLIGADO., op. cit., p. 21.

¹⁷ cfr., MOLINA G., Santiago., op. cit., p. 347.

¹⁸ cfr., FUNDACIÓN OBLIGADO., op. cit., p. 74.

- B. Etiológica: una lesión cuyo origen se encuentra en el periodo prenatal, perinatal, neonatal y postnatal; periodo de crecimiento del sistema nervioso central.
- C. Evolutiva: Es una lesión permanente, irreversible y no progresiva.
- D. Semiológica: es un trastorno locomotor y de la postura que puede presentarse solo o acompañado de otras perturbaciones neuropsíquicas. Estos trastornos son consecuentes a un compromiso bioneurológico, dependiente de complejos sistemas funcionales.

1.3.3 Sintomatología: clasificación de la Parálisis Cerebral.

El término sintomatología se refiere al conjunto de características específicas que acontecen en un caso particular, en esta ocasión, a la parálisis cerebral.

Hay parálisis cerebrales de diversos tipos y grados, pues todo depende de la localización y el grado de la lesión cerebral. Tomando como base los estudios realizados por Rafael Velasco, procederemos a clasificarlas de la siguiente manera, explicando en forma breve cada uno de sus síntomas y posibles manifestaciones.

Clasificación anatómica: Estudia la forma y estructura cerebral donde se encuentra ubicada la lesión.

- a) Vía piramidal
- b) Vía extrapiramidal
- c) Predominio cerebeloso

a) Vía piramidal: Se origina en el lóbulo parietal izquierdo, localizado en la corteza cerebral; el cual pasa al lado derecho por el bulbo raquídeo y viceversa, lo que comúnmente se conoce como entrecruzamiento o decusación de las pirámides. Es responsable de la movilidad consciente y voluntaria, así como de inhibir el reflejo de estiramiento muscular. Es decir, incita al movimiento y lo lleva a la práctica. Aquí se transmiten las señales motoras desde la corteza cerebral hasta la médula espinal. Esta área se encarga de regular los movimientos musculares definidos. Una lesión

localizada en esta área produce hipotonía o hipertonía muscular, o bien, una parálisis cerebral de tipo espástico.

- b) Vía extrapiramidal: Se origina en los núcleos de células ganglionares situados en el tronco cerebral, conocidos como "ganglios basales". Estas células envían sus prolongaciones neuríticas a la médula y son las encargadas de regular los movimientos semivoluntarios complejos como andar, girar, comer y desarrollar posturas corporales para la ejecución de funciones específicas. Cualquier tipo de actividad muscular es sumamente compleja. El sistema extrapiramidal se encarga de mantener el tono muscular o estado latente de contracción que sirve para mantener toda la musculatura esquelética en estado de alerta, de disposición inmediata para cualquier movimiento. Por ello, cuando aquellos núcleos grises de las vías extrapiramidales se encuentran lesionados, aumenta el tono muscular y se produce una rigidez generalizada o un exceso de movimientos sin finalidad ni coordinación. Una lesión localizada en esta zona produce una parálisis cerebral de tipo atetósico, acompañada generalmente, de problemas de organización perceptual.
- c) Predominio cerebeloso: Está encargado del equilibrio y la postura, por lo que una lesión en esta zona provoca alteraciones en la coordinación y el equilibrio. El cerebelo es un órgano impar situado en la base postero-inferior del encéfalo que posee núcleos grises y sustancia blanca; también interviene en la regulación de los movimientos. El cerebelo es fundamental para regular la postura bípeda y la marcha erguida, así como para realizar los movimientos más finos y precisos. Aunque no es el encargado de la actividad muscular, opera como auxiliar de los haces piramidales y extrapiramidales. Cuando se lesiona esta parte aparece una marcha desequilibrada y una incapacidad para realizar movimientos finos. Es decir, una parálisis cerebral de tipo atáxico.

Clasificación fisiológica: Estudia las funciones de las estructuras cerebrales donde se encuentra ubicada la lesión. Es decir, de qué manera está afectado el organismo.

- a) Espasticidad: Incremento acentuado del tono muscular (hipertonía muscular severa). La persona espástica es rígida, con los músculos tensos, pues no se inhibe normalmente el reflejo de estiramiento. La rigidez puede aumentar cuando intenta moverse, por la excitación, el miedo o la

ansiedad. Los músculos del cuerpo humano están dispuestos en pares, un músculo lo contrarresta al otro. En el miembro espástico, hay un músculo que se contrae o tensa demasiado, mientras el otro es débil y no puede contrarrestarlo. La Parálisis Cerebral espástica puede afectar una o varias partes del cuerpo. Está presente en un 75% de los casos.

- b) Atetosis: Dificultad para controlar y coordinar los movimientos involuntarios; hay hipertonía e hipotonía muscular simultáneamente (fluctuación de ambos entre uno y otro). Los movimientos voluntarios se desorganizan y aumentan los involuntarios. Casi siempre, se presentan espasmos, esto es que, en segundos puede pasar de una reacción hipotónica a hipertónica y viceversa. Por lo general, la atetosis se relaciona con la tensión y flacidez de los músculos, así como con el temblor de los miembros afectados. El cuerpo de los atetósicos realiza extraños movimientos sin sentido, pues no los pueden controlar. Estos movimientos, lentos e irregulares, aumentan cuando intentan moverse o ante cualquier excitación física o mental. Los músculos afectados de los atetósicos están algunas veces tensos y otras laxos. La mayoría de estas personas tienen afectados las manos y los pies. Por lo tanto, su grado de afección varía desde la torpeza y dificultad para llevar a cabo ciertos movimientos como caminar, hablar o utilizar las manos; hasta la incapacidad total para realizarlos. Está presente en un 10% de los casos.
- c) Ataxia: Literalmente significa "pérdida del orden". Es una dificultad vestibular primaria sin organización de movimientos, lo que provoca un estado de desequilibrio corporal. En neurología se refiere a una disminución de la capacidad para coordinar los movimientos de los músculos más importantes como los que se usan en la deambulación. En las personas con PCI de tipo atáxico, el control del equilibrio es escaso; a veces las piernas tiemblan, los brazos y las manos se mueven con torpeza y, a menudo, calculan mal la distancia a la que se encuentran los objetos (se pasan de largo o se quedan cortos). Algunos atáxicos tienen problemas con el control del movimiento ocular. Está presente en un 10% de los casos.
- d) Rigidez: Hipertonía marcada con una alteración de la relación agonista y antagonista (apretar y aflojar).

- e) Temblor: Movimientos breves y rápidos de carácter oscilante y rítmico; en algunas ocasiones se insertan periodos de quietud.
- f) Atonía: Son personas con falta o ausencia de tono muscular; se mantienen laxos e incapaces de realizar cualquier movimiento. Estos casos son muy raros, pues generalmente se vuelven espásticos, atetósicos o atáxicos conforme avanza la edad. Su porcentaje varía según la forma que adoptan.
- g) Formas Mixtas: Algunas veces, los trastornos motores anteriormente descritos, se presentan combinados; dando lugar a diversos y complejos síndromes de Parálisis Cerebral.

Como se observa, de todas las formas anteriores, las que con mayor frecuencia prevalecen son la espástica, atetósica y atáxica. En un 5% se ubican las formas restantes.

Clasificación topográfica: Estudia la extensión del daño. Es decir, el grado en que se encuentran afectadas las distintas partes del cuerpo.

- a) Monoplejía: Cuando sólo un miembro o extremidad está afectado.
- b) Diplejía: Cuando los miembros o extremidades superiores son los más afectados (los brazos más que las piernas).
- c) Paraplejía: Cuando las extremidades inferiores se encuentran más afectadas (las piernas más que los brazos).
- d) Triplejía: Cuando existen tres miembros afectados, pero uno lo está menos que los otros dos.
- e) Hemiplejía: Cuando se encuentra alterada la mitad lateral de la persona en el plano sagital (izquierdo o derecho).
- f) Cuadriplejía: También se le conoce como hemiplejía doble o bilateral. Se encuentran afectadas las cuatro extremidades, tanto las superiores como las inferiores.

Clasificación según el grado de capacidad funcional: Estudia el potencial que tiene la persona con PCI para realizar diversas actividades. Las formas de PCI con mejor pronóstico funcional y social son las hemipléjicas, parapléjicas y dipléjicas.

Clase uno: prácticamente sin limitación de la actividad.

Clase dos: ligera o moderada limitación de la actividad.

Clase tres: limitación de la actividad que va desde moderada hasta alta.

Clase cuatro: incapacidad para desarrollar cualquier actividad física útil.

Clasificación terapéutica: se refiere al tipo de tratamiento para la persona con PCI

Clase A: sin necesidad de tratamiento.

Clase B: necesidad de un mínimo de terapia y ayuda.

Clase C: necesidad de aparatos, así como la asistencia de los servicios de tratamiento especializados para la PCI

Clase D: necesidad de institucionalización por largo tiempo para su tratamiento.

1.4 Trastornos asociados con la Parálisis Cerebral.

Como se dijo anteriormente, es frecuente que una lesión cerebral se encuentre asociada con otros trastornos. Tales como el deterioro intelectual, dificultades en el aprendizaje, trastornos del lenguaje, problemas sensoriales, etc. Por ello, en la práctica resulta muy difícil identificar con claridad dichas alteraciones y se recurre generalmente a describir a la persona afectada en función de sus síntomas.¹⁹

“Aunque la PCI se expresa en sentido estricto por un problema motor, tiene otra sintomatología sobreañadida en gran número de casos, condicionando en gran parte el pronóstico funcional y vital del paciente.”²⁰ Estas dificultades o trastornos asociados pueden ser de la misma lesión encefálica, del propio déficit motor o de la dificultad para adaptarse al medio social.

¹⁹ cfr., MOLINA, Santiago., *op. cit.*, p. 349.

²⁰ C.E.F.A.E.S., *Entorno a la parálisis cerebral infantil.*, p. 15.

La capacidad de las personas para responder a los diversos estímulos del medio, coincide con los procesos de maduración y desarrollo normal del Sistema Nervioso Central, en el que cada función aparece según la edad de cada individuo. Ciertos elementos orgánicos y químicos del cerebro se desarrollan a medida que se va haciendo uso de ellos, es decir, poco a poco se va adquiriendo una madurez orgánica que permite a la persona realizar operaciones más complejas. Cualquier alteración en esta secuencia puede resultar, por tanto, una limitación de la capacidad cerebral.²¹

Para entender con facilidad el proceso del aprendizaje utilizaremos el siguiente esquema.

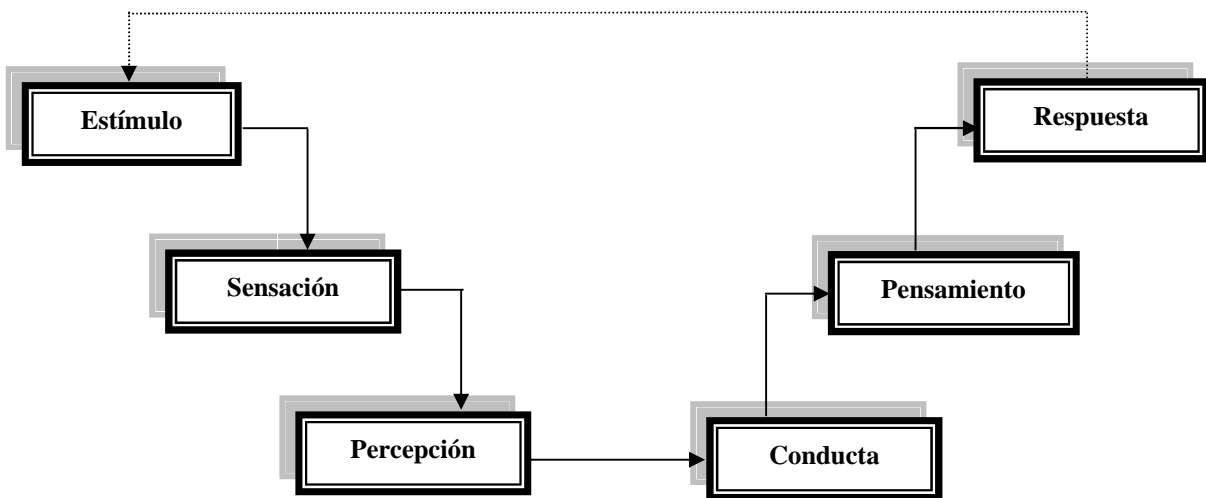


Fig 4. Proceso del Aprendizaje

La **SENSACIÓN** es el proceso que permite que toda experiencia o estímulo que impacte a los sentidos, sea transmitido al cerebro en forma de impulsos eléctricos (impresiones del medio que inciden en la persona). Sólo transmite, nunca codifica ni interpreta.

La **PERCEPCIÓN** de sensaciones es constante y, gracias a que no están tan aisladas unas de otras, se establece en el hombre un proceso activo que va del interior al exterior por medio de la percepción. Por lo tanto, la percepción discrimina, codifica, interpreta e integra las sensaciones recibidas. Además, es bipolar: abstrae las características propias del estímulo mientras atiende a las

²¹ cfr. FUNDACIÓN OBLIGADO., op. cit., p 117.

características personales del perceptor. Ambas características interactúan para integrar estímulos perfectamente estructurados.

La CONDUCTA es una disposición interna de habilidades y comportamientos. La persona que aprende, conoce, compara y juzga la información proporcionada por la percepción para generar un “cambio” de conducta más o menos permanente.

En el PENSAMIENTO radica, propiamente, la solución del problema. Ahí se elabora y produce la respuesta al estímulo que, sin embargo, puede verse alterada por múltiples factores. El pensamiento es un proceso complejo durante el cual, existe una cadena de constante retroinformación. Cualquier cambio que ocurra en su desarrollo alterará la información proporcionada por el estímulo y, asimismo, su respuesta.

La atención, en estos casos, juega un papel fundamental. Es un acto volitivo de poner los sentidos en un sólo estímulo. La atención tiene a su cargo la discriminación de los sentidos para asociar y retener el estímulo en forma volitiva. Sin embargo, no es una unidad aislada; sino que requiere de la concentración. La concentración, por su parte, nos conduce a la atención y no al revés. Es el proceso en el cual, se orientan los sentidos hacia un estímulo en particular.

Bajo el principio de que “dos estímulos no pueden ocupar el mismo espacio al mismo tiempo”, se deduce que el exceso de estímulos en el medio originan problemas de concentración y por ende, de atención. Cualquier trastorno que se presente en alguno de estos procesos, traerá como consecuencia trastornos en el aprendizaje, sin depender necesariamente de una deficiencia intelectual.

Todo aprendizaje se basa en tres principios bioneurológicos fundamentales:²²

1. La actividad motora coordinada y con cierta intencionalidad.
2. Las praxias o movimientos ordenados en secuencias y dirigidos a una finalidad determinada.

²² cf., FUNDACIÓN OBLIGADO., op. cit., p. 142.

3. El sistema laberíntico-tónico-postural (o propioceptivo vestibular), que es el conjunto de estructuras anatómicas funcionales, órganos y aparatos que se dirigen a mantener las relaciones del cuerpo, primero consigo mismo y luego con respecto al espacio; procurando posiciones que permitan una actividad definida y útil o que posibiliten los aprendizajes. En otras palabras, es el conjunto de elementos que contribuyen al mantenimiento del equilibrio y a la coordinación motora.

Se habla de un retardo en el desarrollo cuando una habilidad se inhibe y, como consecuencia, provoca un problema en las otras habilidades, ya que no les está dando el soporte adecuado para que se desarrollen.

Cuando se habla de un rezago en el desarrollo, quiere decir que la habilidad no es que haya madurado lentamente, sino que no existe. Esta inexistencia se refiere al estado actual de la actividad; con un tratamiento adecuado puede desarrollarse.

Cuando comparamos el nivel de madurez de la persona con su edad cronológica y no coinciden, se dice entonces que hay un trastorno del nivel cognitivo (o del aprendizaje), debido a un rezago o retardo en el desarrollo.

“Por problema específico de aprendizaje se entiende el trastorno de uno o más de los procesos psicológicos básicos, asociados con la comprensión o el uso del lenguaje, hablado o escrito, que puede manifestarse como una deficiencia para escuchar, pensar, leer, escribir, deletrear o realizar cálculos aritméticos. Este término incluye condiciones tales como problemas perceptuales, lesión cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia y afasia del desarrollo.”²³

Es preciso aclarar, que los trastornos en el aprendizaje no son, necesariamente, causados por una lesión o daño cerebral. Cuando éstos son secundarios a dicha lesión o daño, su recuperación es únicamente parcial, ya que la lesión es irreversible. Si se presentan en forma primaria, su recuperación puede ser total mediante el tratamiento adecuado.

Existe además otros factores que pueden alterar o impedir el aprendizaje, tales como los obstáculos y carencias del entorno social, escolar y familiar, que impiden muchas veces el óptimo desarrollo del individuo. Este factor, por ser el más subjetivo, es al que menos se le atiende en nuestros días. Sin

²³ PATTON, James R., Casos de Educación Especial, *op. cit.*, p. 29.

embargo, es de vital importancia ya que la mayoría de las experiencias se encuentra dentro de estos medios.

1.4.1 Trastornos más frecuentes en el aprendizaje.

Por el tipo de lesión descrito en las páginas anteriores, la persona con PCI presenta en ocasiones uno o varios trastornos en el aprendizaje. Pero como "la excepción confirma la regla", no todas las personas que padecen parálisis cerebral infantil tienen problemas de aprendizaje, ni todos los problemas de aprendizaje son resultado de una lesión cerebral.

La persona con PCI puede presentar, en ocasiones, uno o varios de los trastornos que se citan a continuación. El prefijo "A" significa incapacidad para realizar la acción; mientras que el prefijo "Dis" se refiere tan sólo a una falla o dificultad.

- * **Afasia/Disfasia:** Incapacidad o deficiencia de la capacidad de hablar o de comprender el lenguaje hablado.
- * **Alexia/Dislexia:** Incapacidad o dificultad para leer y/o entender lo que está escrito.
- * **Apraxia/Dispraxia:** También conocida como asimbolia/disimbolia, se refiere a la incapacidad o dificultad para efectuar ciertos movimientos y para reconocer acertadamente los objetos y su uso. Existen diversas formas: motora, ideatoria, amnésica, etc.
- * **Dislalia:** Dificultad para hablar, impedimento parcial para pronunciar adecuadamente las palabras. Tiene que ver directamente con problemas de orden sintáctico y semántico.
- * **Disartria:** Trastorno del lenguaje hablado debido a elementos que impiden coordinar la musculatura de la fonación y, en consecuencia, la correcta articulación de las palabras.
- * **Acalculia/Discalculia:** Incapacidad o dificultad para efectuar las operaciones aritméticas elementales.
- * **Agrafía/Disgrafía:** Incapacidad o dificultad para la escritura.

Además de los trastornos mencionados, existen otros que pueden o no llegar a influir en el aprendizaje; tales como los trastornos sensorio-perceptivos, posturales, del comportamiento, viscerales y otros más que describiremos a continuación.

1.4.2 Trastornos sensorio-perceptivos.

Para que la transmisión sea correcta, ninguno de los sentidos externos (vista, oído, tacto, olfato y gusto) o internos (cenestésico, estático o vestibular y orgánico) debe fallar. Por jerarquía funcional, se tiene preferencia por la vista y el oído. Pero nunca un sentido va a sustituir al otro, cada uno tiene su función y objeto propio.

Los trastornos que a menudo presentan las personas con P.C.I. en relación con los sentidos son:

- a) Auditivos y de lenguaje: Sorderas mixtas que inciden en el retraso de la aparición del lenguaje y la dificultad en la comunicación; incoordinación de la musculatura oro-facial y de la deglución, incoordinación de los músculos respiratorios y de la fonación.

“La mayoría de los paráliticos cerebrales tienen problemas de lenguaje, en los que no sólo interviene la integridad anatómica y funcional del sistema nervioso, sino los factores psicológicos y sociales que pueden perturbar en mayor o menor grado”²⁴

Debido a que los paráliticos cerebrales van formando patrones anormales de movimiento, las interacciones sensoriomotoras para el control neuromuscular fonarticulatorio y su automatización, también se encuentran alteradas. Ésto hace que se desarrolle, cuando lo logran, un habla también anormal.

- b) Visuales: Anomalías del movimiento ocular (versión y vergencia)²⁵ ; alteraciones de la agudeza y del campo visual con periodos de fijación muy largos o muy cortos.

El tipo de tareas en las que la persona con PCI presenta especial dificultad involucra una o varias de las siguientes habilidades:

²⁴ FUNDACIÓN OBLIGADO., op. cit., p. 106.

²⁵ La versión corresponde al movimiento de ambos ojos en la misma dirección (nistagmus y estrabismo), mientras que en la vergencia se mueven en direcciones opuestas (hipertropía, hipotropía).

- Percepción espacial²⁶
- Temporo-espacial²⁷
- Memorización de formas
- Agrupación por similitud
- Figura fondo
- Constancia perceptual
- Reproducción de figuras y formas bidimensionales y tridimensionales por la posición en el espacio y las relaciones temporo-espaciales.

“Muchos paralíticos cerebrales espásticos y atáxicos tienen problemas de percepción (...). Es común que quienes tengan problemas de percepción tengan también problemas porque fácilmente se distraen de lo que están haciendo.”²⁸

Se ha demostrado que los trastornos visomotores tienden a estar asociados más frecuentemente con la espasticidad, que con la atetosis y la ataxia.

c) Esterognósticos: Dificultad para percibir y comprender la forma y naturaleza de los objetos palpados, sin verlos. La atención, en este tipo de trastornos, juega un importante papel. Para facilitar e incrementar su fijación es necesario aumentar o reducir los estímulos del medio, según sea el caso.

En síntesis, se puede afirmar que según el grado y extensión de la lesión o daño cerebral será la manifestación de estos trastornos.

1.4.3 Trastornos en la noción corporal.

El control de la movilidad o quinésica, es el punto de partida de todo aprendizaje. Sin ella, no puede llevarse a cabo. La percepción que aquí se establece es con relación al propio cuerpo, lo cual depende necesariamente de una madurez orgánica.

²⁶ Habilidad para ubicar un objeto con respecto al observador.

²⁷ Habilidad para ubicar la relación que guardan los objetos entre sí únicamente.

²⁸ MILES, Christine., op. cit. p. 232.

De acuerdo con el eje mayor vertical del cuerpo (línea media), la forma en que se desarrolla la noción corporal obedece a dos instancias o leyes neurológicas:

- a) Céfalo-caudal: Es el conocimiento que va de la cabeza hacia los miembros inferiores del cuerpo.
- b) Próximo distal: Es el conocimiento que va del centro hacia la periferia: todos los miembros ordenados simétricamente.

“Es habitual asimismo que los lesionados cerebrales sean, en especial, sensibles perceptualmente a las diferencias en diagramas de la figura humana; de acuerdo con el sitio de su disfunción motora, dibujando así alteraciones en los miembros cuando las padecen en alguno de ellos.”²⁹ Las personas con parálisis cerebral infantil pueden presentar además, deformidades de los pies y alteraciones en los músculos de la mano que impidan o dificulten la función de pinza o presión.

Para establecer una adecuada noción corporal es necesario “sentir el cuerpo”. La falta de equilibrio, contracción muscular y movimientos involuntarios; así como la deficiente percepción del interior de su cuerpo, causa en los paralíticos cerebrales una inadecuada noción corporal, provocando muchas veces, una autoimagen deteriorada.

1.4.4 Trastornos posturales.

La columna vertebral, vista lateralmente, presenta una curvatura normal tanto en la parte posterior dorsal como en la anterior lumbar y cervical. Una alteración postural es toda aquella deformación en las estructuras musculares y óseas de la columna vertebral.

Por sus características, los trastornos posturales que padecen con más frecuencia las personas con PCI son:

- a) Cifosis dorsal: curvatura pronunciada a nivel de la región dorsal (jorobas).
- b) Lordosis lumbar: curvatura pronunciada a nivel de la región lumbar.

²⁹ FUNDACIÓN OBLIGADO., *op. cit.*, p. 131.

- c) Columna recta: Ausencia de curvaturas en la región dorsal y lumbar.
- d) Escoliosis: deformación de la columna vertebral en forma de S, pudiendo ser hacia la derecha o hacia la izquierda.
- e) Subluxación y luxación de caderas.
- f) Desviaciones laterales y anteroposteriores de la columna.

1.4.5 Trastornos de lateralidad.

Una lateralidad definida es cuando se emplean los cuatro elementos constitutivos del cuerpo (ojos, oídos, brazos y piernas) del mismo lado para realizar una acción determinada.

Ésta proviene de un factor genético; es decir, se hereda la lateralidad prevalente. En algunos casos de PCI, la lesión afecta los miembros del lado del cuerpo con lateralidad prevalente y el sujeto tiene que habilitar el lado contrario para llevar a cabo sus actividades. Cuando ésto sucede y por cuestiones ambientales se tiene la dominancia de un lado sobre el otro, se habla de una lateralidad preferente. Un buen educador debe respetar la lateralidad preferente, pero estimular la lateralidad prevalente.

La patología de la lateralidad es la siguiente:

- a) Lateralidad diestra o zurda cruzada: cuando los elementos distales (brazos y piernas) se cruzan con los proximales (ojos y oídos).
- b) Lateralidad contrariada: aquella prevalente que es afectada por factores educativos o ambientales. Sin embargo, sólo se manifiesta en los elementos distales, ya que los proximales conservan su lateralidad prevalente.
- c) Lateralidad falsa: por alguna razón de deficiencia somática, se cambia el predominio de un lado al otro.
- d) Ambidiestro: la persona emplea ambos lados con la misma habilidad o destreza, sin que haya una diferencia notable en el nivel de precisión. Sin embargo, neurológicamente no existen los ambidiestros. Siempre se va a tener la tendencia a un hemisferio, este proceso es consciente.

e) Diestro y siniestro a la vez: La destreza para algunas cosas se encuentra en el lado derecho, pero para otras predomina el izquierdo. No es lo mismo que ser ambidiestro.

1.4.6 Hiperquinesia.

Es una alteración patológica de la actividad física (movimiento excesivo), no controlable naturalmente por la persona y que afecta en particular el área de la conducta. Su etiología puede ser prenatal, perinatal, neonatal y postnatal. El factor que la origina se asocia directamente con la anoxia o hipoxia, llegando o no a causar una disfunción cerebral. Su diagnóstico es difícil antes de los cinco años de edad y su registro es un trastorno encefalográfico de baja intensidad en el occipital.

No se trata de una inquietud más o menos reconocible; sino de un verdadero estado de movilidad, casi permanente, que va más allá de la inquietud y se manifiesta en todo lugar y en todo momento. Sus manifestaciones más frecuentes son: trastornos del sueño y estados de ansiedad con intensidad variable, irritabilidad, habla constante, excesiva actividad sensorial, deambulación, destructividad, agresividad, poca o nula concentración, impulsividad, conducta antisocial, torpeza general e incoordinación, labilidad afectiva, escasa pulcritud e higiene personal, desobediencia patológica y otros más. Por lo general, no miden el peligro; son muy aventureros y no son conscientes de sus actos. Tienen serios problemas con su personalidad y son rechazados con mucha frecuencia. En el aprendizaje, se les dificulta crear unidades totalizadoras; pues todo lo ven fraccionado. En la lecto-escritura se quedan a nivel de traducción, porque no globalizan.

El exceso de estímulos es altamente perjudicial para las personas con estas características, por lo que las escuelas activas no se recomiendan. Sus actividades deben ser netamente rutinarias. En ocasiones se recomienda un tratamiento farmacológico que actúe sobre el sistema límbico, nivelando su actividad neurológica. Siempre y cuando el trastorno no sea secundario a alguna lesión cerebral, la mayoría de las personas hiperquinéticas logran reestablecerse al final de la pubertad o adolescencia.

1.4.7 Deficiencia intelectual.

Si bien, se ha discutido mucho acerca del coeficiente intelectual de las personas con PCI, la mayoría de los autores opinan que este factor es independiente a la lesión que se produce. Para nuestro estudio, hemos considerado que la persona con estas características no necesariamente posee un déficit intelectual.

“El hecho de padecer un deterioro físico o de la salud no necesariamente significa que haya deficiencia intelectual. Aunque es verdad que algunos niños con dicho deterioro también son retrasados mentales o sufren algún deterioro sensorial, también lo es que muchos no presentan tales alteraciones.”³⁰ La capacidad intelectual de la mayoría de quienes presentan PCI no difiere de la de sus compañeros considerados normales. En realidad, estas personas pueden tener cualquier nivel intelectual, pudiendo ser sobredotados, con inteligencia normal, lento aprendizaje, retraso mental, etc.³¹

“Algunos estudios realizados en países desarrollados* han demostrado que más de la mitad de los parálisis cerebrales poseen una inteligencia normal (o por encima de lo normal). Sin embargo, es fácil que se subestime la inteligencia de una persona con parálisis cerebral.”³²

1.4.8 Trastornos del comportamiento: personalidad afectivo-emocional.

Como la lesión se presenta generalmente desde el nacimiento, o se adquiere durante la infancia, puede existir un subdesarrollo de la personalidad aún cuando la inteligencia sea normal.³³ La manifestación más frecuente en estos casos son los estados de ansiedad y, en peores circunstancias, los trastornos neuróticos o psicóticos en muy diverso grado.

“Estos chicos pueden experimentar sentimientos de inseguridad, desesperación, vergüenza, rechazo, culpa, baja autoestima y miedo, que son contingentes a las reacciones de los demás por su deterioro.

³⁰ PATTON., James R., op. cit., p. 124.

³¹ cfr., CRUICKSHANK, William., El niño con daño cerebral., p. 45.

* Los países desarrollados con mayores estudios en cuanto a parálisis cerebral se refiere, son Suiza e Inglaterra.

³² MILES, Christine., op. cit., p. 231.

³³ cfr., FUNDACIÓN OBLIGADO., op. cit., p. 127.

Estos sentimientos se manifiestan a través de conductas tales como eludir la interacción (evitación), tratar de ocultar el deterioro estigmatizante o volverse en extremo dependientes."³⁴

Es posible prevenir dichas reacciones mediante una intervención adecuada y a tiempo, gracias a la cual, la persona puede ser incorporada o reincorporada a la vida normal.

1.4.9 Trastornos viscerales.

Correspondientes al funcionamiento interno de su cuerpo. Es común que las personas con PCI sufran de trastornos en el aparato digestivo, respiratorio y circulatorio.

1.5 Diagnóstico y esquemas de tratamiento terapéutico para PCI

1.5.1 El diagnóstico y sus instrumentos.

Es necesario establecer un diagnóstico para tener un buen conocimiento de nuestro paciente, que nos permita diseñar estrategias de tratamiento adecuadas.

"El diagnóstico es un juicio que, después de la exploración científica apropiada, se establece acerca de las posibilidades y limitaciones que un sujeto presenta en su desarrollo educativo."³⁵ Es un proceso lógico, basado en todos los datos o información obtenida del problema o lesión que se trate.

Existen diversas formas de realizar un diagnóstico. Sin embargo, la más confiable será aquella que permita analizar los datos de manera integral, proporcionando una interpretación cualitativa y cuantitativa.

Para efectos de este estudio, se ha seleccionado un tipo de diagnóstico denominado "neuropsicopedagógico":

Neurológico: Arroja datos sobre la actividad fisiológica y neurológica de las estructuras cerebrales, localización de la lesión, magnitud, espesor, tipo, etc. Hoy en día existen diversos instrumentos y técnicas que nos pueden ayudar a elaborar este tipo de diagnóstico.

³⁴ PATTON., James R., op. cit., p. 125.

³⁵ GARCÍA HOZ, Víctor., Principios de pedagogía sistemática., p. 424.

Psico-pedagógico: Obtiene datos acerca del estado afectivo-emocional del paciente; así como de la capacidad de cognición o aprendizaje, inteligencia, aptitudes, intereses y conocimientos. Los instrumentos más utilizados por estos especialistas son las baterías de pruebas psicométricas, la entrevista y la observación. Sin embargo, la aplicación de dichos instrumentos depende de varios factores como la edad, escolaridad, idioma y capacidad funcional de la persona, entre otros.

“En psicología entendemos que para trabajar con niños paralíticos cerebrales se deben tener en cuenta: a) el proceso de individuación; b) el tipo de organización de las percepciones; y c) la comunicación del niño frente a las personas que lo rodean.”³⁶

Es importante señalar que el diagnóstico, la acción conjunta del neurólogo, el pedagogo y el psicólogo es sumamente importante. Sólo de esa forma se podrá tener un conocimiento y tratamiento integral del paciente.

1.5.2 Estrategias para el tratamiento de la persona con Parálisis Cerebral Infantil.

Todos los trastornos anteriormente mencionados pueden prevenirse o controlarse mediante una intervención adecuada y a tiempo. Gracias a ésta, la persona puede ser incorporada o reincorporada (según sea el caso) a la vida normal.

“La rehabilitación del niño deficiente motor consiste esencialmente en estimularlo y proporcionarle experiencia en un medio afectivo y emocional apropiado, para que el desarrollo de las diferentes funciones del sistema nervioso puedan seguir su proceso en el tiempo, en la secuencia y en las condiciones y formas normales; es importante, por ello, detectar con la mayor anticipación posible todo atraso o desviación del desarrollo neurológico que pudiera aparecer, procurando evitar o alejar todo lo que perturbe el ritmo y el modo normal en que debe avanzar.”³⁷

Asimismo, es importante que se fijen metas realistas, “(...) buscar la forma de conseguir lo que biológicamente cada paciente puede llegar a lograr y lo que psicológica, cultural y socialmente el medio

³⁶ FUNDACIÓN OBLIGADO., op. cit. p. 107.

³⁷ ibidem., op. cit., p. 59.

puede brindar.”³⁸ No es posible fabricar un mundo utópico que sólo traerá incongruencia a la vida de la persona.

“Las limitaciones que presentan los pacientes con PCI y sus posibilidades de recuperación dependen primordialmente, del déficit derivado de las lesiones de las estructuras motoras, del grado de inteligencia genético que posea el individuo y de las oportunidades de aprendizaje.”³⁹ Esta visión, facilitará los logros más positivos y humanamente más útiles para cada caso en particular.

Un equipo terapéutico multidisciplinario es lo que se recomienda en la atención de toda persona con parálisis cerebral. Cada uno de ellos será responsable de las técnicas de tratamiento adecuadas en cada caso, de su evolución y seguimiento.

1.5.3 La opción de la farmacoterapia.

En ocasiones, los déficits de atención y conducta que presentan algunas personas se convierten en fuertes obstáculos para llevar a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje (PEA).

Estudios recientes demuestran que ciertos medicamentos son muy efectivos para el tratamiento de estos trastornos. Su acción permite regular la actividad cerebral. En algunos casos los pacientes tienen un mejor control de las emociones y un aumento de su capacidad para aprender. Varios autores, entre ellos Rafael Velasco y Raúl Calderón González, coinciden en que los medicamentos más utilizados para la atención de estos trastornos son:⁴⁰

Medicamentos con eficacia comprobada

A) Estimulantes:

- a) Anfetaminas (Benzedrina, Dexedrina)
- b) Metilfenidato (Ritalín)
- c) Pemolina
- d) Cafeína

³⁸ ibidem., op. cit., p. 142.

³⁹ C.E.F.A.E.S., Entorno a la parálisis cerebral infantil., p. 21.

⁴⁰ cfr., VELASCO F., Rafael., El niño hiperquinético., p. 74.

Medicamentos de resultados variables

A) Antidepresivos:

- Imipraminas (Tofranil, Anafranil, Pretofrán, Avantyl, Norpramín, etc.)

B) Tranquilizantes menores:

- Difenhidramina (Benadryl)
- Maleato de parabromodilamina (Dimetane)
- Meprobamato (Equanil, Miltown)
- Clordiazepóxido (Librium)
- Diazepán (Valium)

C) Tranquilizantes mayores:

- Tioridazina (Melleril)

D) Anticonvulsivantes:

- Difenilhidantoina (Epamin)
- Carbamazepina (Tegretol)
- Primidona (Mysoline)

Medicamentos potencialmente valiosos

- a) Haloperidol (Haldol)
- b) Propericiazina (Neuleptil)
- c) Dipropilacetato de magnesio (Atemperator)
- d) Carbonato de litio

Sin embargo los medicamentos no curarán los problemas de aprendizaje ni cambiarán la defectuosa imagen que la persona tenga de sí misma. Sólo deben considerarse una opción y nunca el remedio. La dosificación y duración del tratamiento es responsabilidad exclusiva del médico encargado. Él como especialista, es el único que puede determinar si el medicamento es temporal o en algunos casos, permanente. Asimismo, es su deber informar tanto al paciente como a sus familiares, de los efectos

secundarios que conlleve la administración de los medicamentos; así como las posibles alteraciones en caso de una sobredosis.

1.5.4 Pronóstico en el tratamiento de la Parálisis Cerebral Infantil.

El pronóstico de un trabajo conjunto debe estar orientado a lo siguiente:

1. Comprometer activamente a la persona con parálisis cerebral de acuerdo a sus posibilidades y características personales, con todas las actividades escolares y extraescolares; no exigiéndole algo que no pueda lograr, sino compensando la incapacidad con otra actividad igualmente satisfactoria y productiva.
2. Evitar las actividades de sobreprotección y fomentar conductas de independencia y autonomía. Para ésto, es necesario que tanto padres como profesores venzan sus temores ante las incapacidades del educando minusválido y lo dejen crecer.
3. Darle la oportunidad al educando de mostrar públicamente aquellas facetas de su personalidad más sobresalientes, así como sus habilidades, enfatizando aquellas que realiza con mayor destreza y empeño.
4. Favorecer la adquisición de habilidades básicas en cuanto a conductas de autosuficiencia, movilidad, comunicación y orientación vocacional; así como la formación y desarrollo de buenos hábitos de estudio, higiene, cuidado personal y comportamiento social.
5. Conocer y aceptar su limitada capacidad funcional para una integración social satisfactoria. Si la persona no se valora así misma y adquiere confianza, no podrá progresar nunca.
6. Establecer técnicas adecuadas en el control de la disciplina, la agresividad, desobediencia e irritabilidad, así como de otras conductas no deseadas.

7. Orientar acerca de la importancia de una atención y educación a tiempo. En la adolescencia, todos estos trastornos se intensifican por las crisis características.

“El objetivo final del tratamiento del niño portador de parálisis cerebral o deficiencia mental es su integración familiar y social. Su rehabilitación adecuada y el aprovechamiento máximo de todas sus potencialidades sólo se lograrán mediante un tratamiento emprendido desde las primeras semanas de vida por un equipo técnico multidisciplinario y altamente especializado y contando con la colaboración de la familia.”⁴¹ Las posibilidades de rehabilitación de la persona con parálisis cerebral dependen, en gran medida, del beneficio conjunto del medio familiar y el equipo terapéutico.

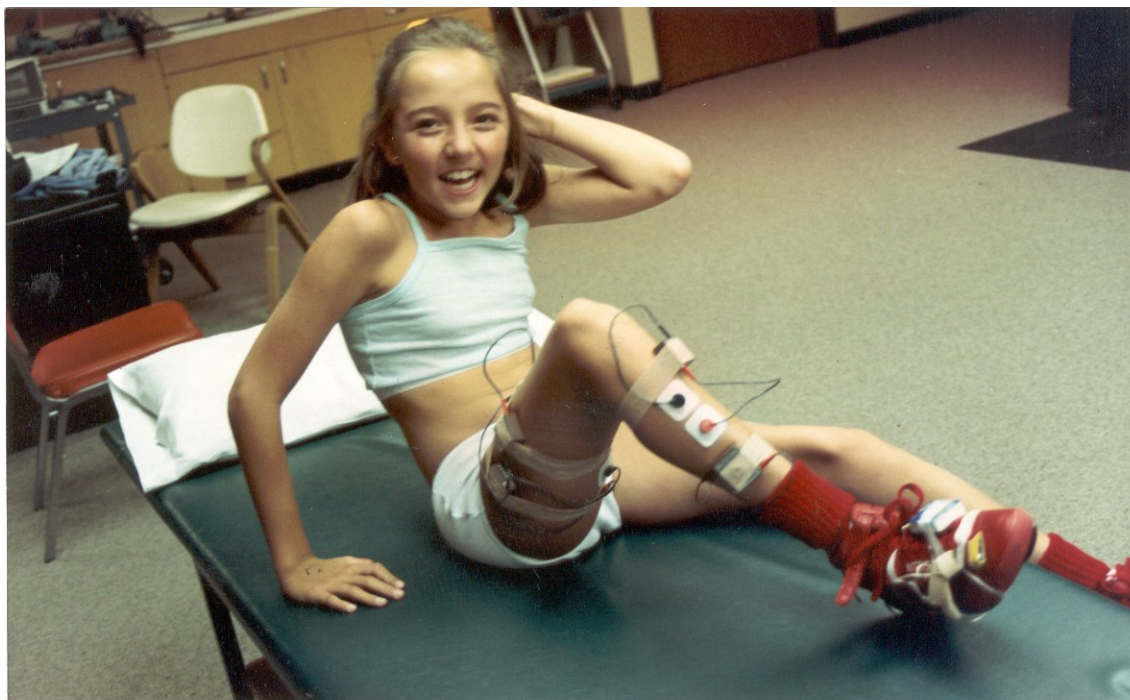
Dadas las características que identifican a la PCI, procederemos a estudiar al adolescente que las posee desde el punto de vista pedagógico.



⁴¹ FUNDACIÓN OBLIGADO., *op. cit.*, p. 58.

CAPÍTULO 2

La Pedagogía y el adolescente con Parálisis Cerebral Infantil



“Porque tú formaste mis entrañas;
Tú me hiciste en el vientre de mi madre.
Te alabaré, porque formidables
y maravillosas son tus obras.
Estoy maravillado,
y mi alma lo sabe muy bien.
No fue encubierto de tí mi cuerpo,
bien que en oculto fui formado,
y entretejido en lo más profundo de la tierra.
Mi embrión vieron tus ojos,
Y en tu libro estaban escritas todas aquellas cosas
que fueron luego formadas,
Sin faltar una de ellas.”
Salmo 139:13-16

CAPÍTULO 2

La Pedagogía y el adolescente con Parálisis Cerebral Infantil

2.1 El adolescente con Parálisis Cerebral Infantil

2.1.1 La importancia de ser persona.

El hombre, a lo largo de su historia como ser humano, ha sido definido desde muchos puntos de vista: filosófico, religioso, biológico, moral, social, etc. Sin embargo, llegar a una definición sintética aceptable es muy difícil debido, en gran parte, a que el hombre es el intérprete de la realidad. Por la misma razón, nuestra definición se enfocará concretamente al punto de vista pedagógico.

La Pedagogía se distingue de las demás ciencias por su concepto integral de hombre. Empezaremos a definirlo como un ser finito por estar limitado a las leyes de la naturaleza, por ser mortal, único e irrepetible porque no hay ni habrá otro en el mundo igual a él, inacabado e inacabable porque no es perfecto, sino capaz de perfeccionarse a lo largo de su vida.

Víctor García Hoz añade a este concepto las características de singularidad, autonomía, apertura y unidad.⁴² La unidad hace referencia a que no se encuentra dividido en zonas o aspectos, en él se integran todas sus características, es una totalidad en su ser y en su actuar. La singularidad lo distingue cualitativa y cuantitativamente de otros seres humanos; la autonomía le da la facultad de gobernarse a sí mismo y la apertura desarrolla en él actitudes como un ser objetivo, social y trascendental.

Luzuriaga señala que, aunque la vida humana constituye una unidad indivisible, se pueden distinguir en ella tres zonas: la vida orgánica o fisiológica, constituida por nuestro cuerpo con todos sus órganos y funciones, la vida anímica o psíquica, más elevada que la anterior, compuesta por las sensaciones,

⁴² cfr., GARCÍA HOZ, Víctor., El concepto de persona., p. 120-149.

sentimientos, emociones, apetitos y habilidades mentales de la inteligencia; y la vida espiritual, regulada por la razón, los sentimientos superiores y la voluntad.⁴³

Por tanto, desde su definición más antigua hasta nuestros días el hombre se ha considerado el ser más perfecto de la naturaleza por su capacidad de razonar. De la espiritualidad del hombre es de donde surge el concepto de persona, colocándolo así en el plano más superior de todos los seres vivos. La espiritualidad humana implica dos facultades: inteligencia y voluntad.

Todo ser humano, independientemente de sus características físicas o intelectuales, es considerado persona. Las diferencias individuales, como accidentes esenciales de la persona humana, determinan su personalidad.

El desarrollo de la personalidad humana conlleva una adecuación de la voluntad y la inteligencia. Depende de la inteligencia que el bien presentado a la voluntad sea real y verdaderamente algo bueno. En la medida en que la capacidad intelectual de un individuo perciba la realidad exterior como realmente es y sea capaz de comprenderla; y mientras la voluntad le permita orientar su conducta de acuerdo con la realidad percibida, la actividad de la persona será más o menos libre y el hombre alcanzará mayor o menor plenitud como persona.⁴⁴

Millán Puelles afirma que por el hecho de tener libertad es el hombre persona, ya que, como propiedad de la voluntad y unida a la inteligencia, le da al hombre la capacidad de elegir y decidir responsablemente. Además, para aquellos que creen que la vida humana se rige bajo la ley del más fuerte, añade que la dignidad no hace superior a un hombre sobre otro, sino a la humanidad sobre los seres que carecen de razón.

Con base en las definiciones anteriores podemos concluir que la persona humana es un ser biopsicosocial perfectible, único e irrepetible que, a pesar de estar limitado por las leyes de la naturaleza, se coloca en un grado superior a los demás seres vivos por su capacidad de amar y elegir el bien.

"Todo hombre es diferente de cualquier otro, es un individuo singular, irrepetible, es una persona."⁴⁵ Y aunque el ejercicio de la razón y la voluntad se desarrollen en mayor o menor grado, no deja de serlo.

⁴³ cfr., LUZURIAGA, Lorenzo., Pedagogía., p. 55.

⁴⁴ cfr., C.E.F.A.E.S., Entorno a la parálisis cerebral infantil., p. 23.

⁴⁵ SANTILLANA., Diccionario de las ciencias de la educación., p. 1568.

2.1.2 Entre el niño y el adulto; entre lo que se es y lo que se quiere llegar a ser.

En el primer capítulo citamos las características y necesidades de las personas con parálisis cerebral infantil. Ahora estudiaremos al adolescente que, además de padecer ciertas limitaciones que lo acompañarán el resto de su vida, experimenta las fuertes crisis que caracterizan a una etapa tan importante como ésta.

Cuando estudiamos al género humano es necesario hacer referencia a los términos anormalidad y normalidad. Sin embargo, la diferencia entre uno y otro término es meramente subjetiva y difícil de establecer.

El concepto "normal", es un término medio más que un tipo rigurosamente definido. Por lo tanto, es indispensable que a cada individuo se le trate de manera estrictamente individual y personalizada.

Anteriormente, se empleaban los términos anormal, atípico o excepcional para catalogar a las personas que por sus necesidades y características especiales se encontraban fuera de los términos considerados como "normales". Actualmente, les denomina personas con necesidades educativas especiales (NEE).

El adolescente discapacitado presenta ciertas características físicas, cognitivas y afectivo-sociales que rebasan el término de "normalidad". No es que existan distintas adolescencias para cada uno de estos términos. La adolescencia es una etapa evolutiva única, por la cual atraviesan todos los individuos.

Sin embargo, el adolescente con parálisis cerebral, además de presentar las características y necesidades propias de su discapacidad, experimentará los cambios propios de la adolescencia. La lesión que padece influirá notablemente alterando, intensificando o retardando el desarrollo de estos procesos.

La palabra adolescencia se deriva de "adolescere", que quiere decir, el que crece, se desarrolla y madura. Varios autores coinciden en que el ingreso al mundo de los adultos es sumamente crítico, debido a que se les exigen una serie de cambios y rasgos de madurez.

Como es sabido, esta etapa se caracteriza por un estado de crisis y constituye, por tanto, una de las fases más críticas de la vida. Es la etapa en la cual, la persona humana deja de ser niño para comenzar a ser hombre; se rompe el equilibrio presente en la infancia y, ante el descubrimiento del nuevo ser, surge una inestabilidad que sólo se vence al final del período con la entrada de la juventud.

A esta etapa de la vida por la que todo ser humano atraviesa, varios autores la han denominado "el nacimiento de la intimidad".

Gerardo Castillo afirma que el adolescente, en medio de su desorientación y de sus conflictos, persigue tres objetivos muy relacionados entre sí: la conquista de la madurez, entendida como personalidad responsable, el logro de la independencia (pensar, decidir y actuar con iniciativa personal) y la realización de su mismidad, de ser una persona única y distinta a los demás.

La conquista de la madurez como proceso de mejora intencional, no se reduce únicamente a la etapa de la adolescencia; sino por el contrario, se extiende a lo largo de toda la vida. Una persona madura simultáneamente en el aspecto mental, emocional y social.

La madurez mental, supone la capacidad para adaptarse a ciertas situaciones que requieren de la resolución de problemas. La madurez emocional, se refiere al autocontrol de las emociones, afrontación de problemas, aceptación de fracasos, así como el desarrollo de las capacidades de dar y recibir. La madurez social, se entiende como la capacidad de cooperación y participación en la sociedad, así como la responsabilidad de los propios actos ante los demás.

"La adolescencia debe entenderse, por consiguiente, como una etapa de inmadurez, en busca de la madurez propia de la vida adulta."⁴⁶

Algunos autores han intentado describir esta etapa, tales como Piaget, Erickson, Charlotte Bühler, Cyril Burt, William Stern y Eduard Spranger, entre otros. Sin embargo, todos ellos coinciden en el estado de crisis por la ruptura de la estabilidad y el equilibrio que se percibía durante la infancia.

Según C. Bühler⁴⁷, "el adolescente comienza ahora a interesarse por otras cosas que las puramente instructivas; en primer lugar por sí mismo, y después, por el mundo en torno. Empieza ahora a intensificarse su vida emotiva, sus ensueños y fantasías, y se inicia también la especialización de sus intereses. Al mismo tiempo, se despierta en la moral su sentido de independencia y de responsabilidad."

Dicho sentido de independencia y responsabilidad supone, una adecuación de la voluntad y la inteligencia para el ejercicio de la libertad*. Sin embargo, el adolescente entiende la libertad únicamente

⁴⁶ CASTILLO, Gerardo., Los adolescentes y sus problemas., p. 42.

⁴⁷ LUZURIAGA, Lorenzo., op. cit., p. 75.

* Recordemos que la libertad es una propiedad de la voluntad y se encuentra limitada por la naturaleza. Por la libertad el hombre es capaz de amar y de elegir lo que le conviene.

como ausencia de limitaciones, no ha descubierto todavía que toda libertad es condicionada por el respeto y el compromiso con los demás.

Ante el desequilibrio e inestabilidad que presenta una etapa como ésta, Lorenzo Luzuriaga señala dos fases: una negativa en donde el adolescente se aísla socialmente, encerrándose en sí mismo y al mismo tiempo, surge la necesidad de encontrar un amigo que le ayude a comprender sus dificultades. La fase positiva se caracteriza por el despertar hacia la vida amorosa y del trabajo. En la vida amorosa, experimenta desde la devoción puramente ideal y emocional a otra persona, pasando por el filtro y el coqueteo, hasta llegar a la relación sexual. En la vida del trabajo, se observan actitudes como la aspiración vaga de lograr algo, de ser independiente, y la necesidad de realizar objetivamente tareas con todo éxito y responsabilidad.

Cyril Burt divide estas características en tres estadios:

En el orden físico, destaca el aumento de la fuerza muscular, aunque con deterioro de la capacidad sensorial y la destreza manual, debido, sin duda, a la inestabilidad nerviosa y emocional de la adolescencia.

En cuanto a la vida intelectual, la inteligencia alcanza su máximo desarrollo. A partir de aquí, se observa un deterioro que continúa hasta la etapa de la senectud. Sin embargo, se intensifican las aptitudes e intereses especiales, lo que da lugar también a un aumento de las diferencias individuales.

En la vida emocional, que es la más característica y predominante de esta edad, se intensifican los impulsos primarios, sobre todo los de carácter sexual. Asimismo, se desarrollan distintas tendencias sociales, más en forma competitiva y rival que de cooperación, así como se observa en los deportes. Se habla también, del surgimiento de dos impulsos antagónicos: el de autoafirmación y el de autosumisión, que dan lugar a emociones de orgullo y de humildad respectivamente. Se despiertan, además, la agresividad, los sentimientos de timidez, la medrosidad y melancolía produciendo, ocasionalmente, estados de depresión notables.

Frente a estas concepciones de adolescencia, otros autores como William Stern y Eduard Spranger, señalan otras características.

Para el primero, la adolescencia consiste en una vuelta de afuera hacia adentro, es decir, constituye la época de descubrimiento de los valores, haciendo una discriminación entre el propio yo y el mundo. El adolescente, al igual que el niño, es egocéntrico pero autorreflexivo; se descubre a sí mismo, a sus propios sentimientos y pensamientos como diferentes del exterior. Se puede decir que descubre la existencia de dos mundos: el subjetivo y el objetivo, a lo que Stern le llama "yoización" (el descubrimiento del yo). De aquí surgen diversos estados psíquicos como la inestabilidad, insatisfacción, lamentación y reproches sobre sí mismo, pues tiene miedo de que no se le considere en serio como a los adultos. Desde el punto de vista social, el adolescente critica a los demás hombres, mientras surgen, casi simultáneamente, atracciones y repulsiones, oposiciones y amistades, erotismo y odio. Las reglas de conducta de la infancia se convierten ahora en normas de conciencia.

A estas características, Spranger añade la formación de un plan de vida, la creación de ideales juveniles y el ingreso en las diversas esferas de la vida como la cultura, las relaciones sociales, el trabajo, etc. Ésto llevará, en una etapa posterior, a la independencia económica y social.

Ahora bien, hemos citado las características más relevantes del ser adolescente, pero para ubicarlo necesitamos conocer las edades que abarca esta etapa evolutiva.

Es conveniente aclarar que, el inicio y término de la adolescencia se vive diferente en los hombres y en las mujeres. Por naturaleza, la mujer llega a madurar física y psicológicamente más rápido que el sexo opuesto. A continuación, se muestra un cuadro comparativo de las edades en las que, aproximadamente, aparece la adolescencia tanto en el hombre como en la mujer.

FASES DE LA ADOLESCENCIA*

FASES	MUJERES	HOMBRES
➤ Pubertad	9-11 años	10-12 años
➤ Adolescencia inicial	11-13 "	12-14 "
➤ Adolescencia media	13-16 "	14-17 "
➤ Adolescencia superior	16-20 "	17-21 "

* cf., CASTILLO, Gerardo., op. cit., p. 58.

La pubertad es una fase muy breve localizada entre la infancia y la adolescencia. Algunos autores la consideran dentro de la adolescencia inicial, otros por separado y algunos más dentro de la tercera infancia. Nosotros la consideraremos como la fase que marca el término de la niñez y el inicio de la adolescencia.

Mussen y Gerardo Castillo estudian los rasgos de maduración física, biológica y psicológica más importantes para finalmente, agruparlos en tres fases que dividen a la adolescencia de la siguiente manera:

Adolescencia inicial:

En el orden fisiológico, la adolescencia se acompaña con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, trayendo como consecuencia, cambios anatómicos notables en el hombre y en la mujer. Ambos experimentan un aumento gradual del peso y fuerza muscular debido al estiramiento; existe una desarmonía bastante notable en las proporciones del cuerpo, se presenta deterioro de la capacidad sensorial y destreza manual por la inestabilidad nerviosa. Sus movimientos son torpes, pues por su estructura anatómica cambiante no han aprendido a medir el espacio.

En el orden cognoscitivo o intelectual nos encontramos, según Piaget, en la etapa de las operaciones formales caracterizada por la aparición de la capacidad de abstracción, introspección, reflexión, deducción, inducción, análisis y síntesis para la solución de problemas, en otras palabras, la sistematización de ideas. Estas capacidades siguen desarrollándose cualitativa y cuantitativamente durante la adolescencia.

El orden afectivo-social es el que adquiere especial importancia durante esta etapa. Las emociones, los sentimientos y las pasiones se encuentran intensificadas. Debido al desequilibrio que lo caracteriza y a la inestabilidad, el adolescente presenta reacciones opuestas casi simultáneas, es decir, de un momento de alegría puede pasar inconscientemente a un estado de tristeza y depresión. Algunos encuentran dificultad especial para relacionarse con el mundo de los adultos, surgiendo así, los antagonismos y confrontaciones de diverso grado que no se presentaban durante la infancia. Es la etapa en que la persona busca relacionarse con gente exclusivamente de su edad y las relaciones que nacen entre ellos son, en ocasiones, muy fuertes y apasionadas. Esta fase está caracterizada por el "descubrimiento de la intimidad".

Adolescencia media:

En el orden fisiológico continúa el proceso de maduración sexual. Se observa una disminución en el ritmo del crecimiento físico, el cuerpo va adquiriendo ya la forma y proporciones propias del adulto. Psicomotrizmente, existe un mejor control en la ejecución de movimientos.

En el orden cognoscitivo, existe un alto desarrollo de la capacidad intelectual. Se desarrolla la capacidad de pensamiento abstracto, al mismo tiempo que una mayor reflexión y sentido crítico que la fase anterior. Sin embargo, encontramos una característica que llama mucho la atención: el desequilibrado desarrollo de la imaginación, trae como consecuencia la falta de objetividad. Las ideas del adolescente siguen fuertemente condicionadas por la afectividad confundiendo, muchas veces, lo real con lo ideal, lo subjetivo con lo objetivo.

La vida afectivo-social, como citamos anteriormente, sigue condicionando la objetividad del adolescente. El descubrimiento del yo lo hace más introvertido, observándose algunas actitudes de autoafirmación de su personalidad: obstinación, terquedad, afán de contradicción, resistencia al cambio, etc., que se acompañan, en ocasiones, de agresividad y reacciones impulsivas. Experimentan la necesidad de amar, por lo que en esta edad, nacen las amistades profundas y el primer noviazgo. Socialmente, la camaradería apasionada y desmedida de la fase anterior se convierte en una amistad no superficial. Sigue manifestándose la timidez e inseguridad interior; así como la inestabilidad familiar aunque menos intensa. En esta fase se da el "desarrollo de la intimidad".

Adolescencia superior:

Se le considera como el período de calma y recuperación del equilibrio perdido, pues el adolescente se ha hecho consciente, ha crecido y, por lo tanto, ha cambiado. El joven ha comenzado a comprenderse a sí mismo y a aceptarse tal como es, está en mejores condiciones de tomar decisiones personales, de integrarse en el mundo de los mayores. Aparece el sentimiento de responsabilidad ante el propio futuro y construye un "proyecto de vida".

Esta es la fase de "afirmación o consolidación del yo". La personalidad ha madurado en cierto sentido y le permite, de alguna forma, conocer y aceptar sus capacidades y limitaciones personales.

La maduración física llega a su plenitud en este período, con un considerable incremento en la fuerza y la destreza. Apenas se percibe un aumento de crecimiento físico, puesto que la estatura alcanzada a esta edad es prácticamente la que tendrá durante su vida adulta, salvo alguna modificación externa u orgánica.

El aspecto cognoscitivo ha quedado definido desde la fase anterior. Sin embargo, hay una mayor profundización del pensamiento y la reflexión: ya no se cuestiona sobre sí mismo, sino respecto a los ideales y valores políticos, económicos y sociales. Se desarrolla la objetividad y la capacidad de juicio crítico-constructivo. Ha progresado en la coherencia lógica de pensamiento y está en mejores condiciones para expresar sus opiniones con autodominio.

En la maduración afectivo-social aparece la atracción e integración al otro sexo. Se supera la timidez y la inadaptación social. Hay disposición de apertura para entablar relaciones sociales y familiares óptimas y constructivas. Se experimenta la aparición de los intereses vocacionales y profesionales.

Como ya se ha visto, las características y necesidades especiales de un adolescente con parálisis cerebral infantil influyen notablemente en su proceso de desarrollo. Para estas personas, la superación de esta etapa no constituye una tarea fácil. Poseen una imagen corporal indiscutiblemente fragmentada, la realidad se percibe incoherente, llena de contradicciones y ajena a todas sus posibilidades. De los sentimientos de impotencia y frustración surgen preguntas como éstas: "¿quién soy o qué soy?, ¿por qué no puedo hacer lo que más me gusta?, ¿qué pasa con mi cuerpo, por qué no responde?, ¿quién tuvo la culpa?, ¿soy bueno o malo, capaz o incapaz de desarrollarme como cualquier persona?, ¿por qué la gente me mira con dolor y tristeza?, ¿por qué limitan mi capacidad funcional?, ¿podré en algún momento amar y ser amado?, ¿podrán mis seres queridos sentirse orgullosos de mí?, ¿podré ser un ejemplo para alguien más?"

Informar acerca de los estados de discapacidad más comunes en nuestra sociedad, no significa prepararla para superarlos. No es hasta que se llega a convivir con ellos, cuando nos percatamos de las necesidades que tienen y de las carencias que existen.

De cualquier forma, tanto el adolescente normal como el que tiene NEE tienden a desarrollar patrones de conducta patológicos cuando el medio ambiente en que se desarrollan no es favorable. Por lo tanto, sería conveniente asistir mediante una orientación eficiente a todos aquellos padres y profesionales interesados en ayudar a las personas con requerimientos especiales.

Tal vez, al adolescente con parálisis cerebral infantil le cueste más trabajo aceptarse físicamente, entablar relaciones sociales y familiares, desarrollar óptimamente sus habilidades, lo que provoque en ocasiones, trastornos de la personalidad y el desarrollo de ciertos mecanismos de defensa. Pero una atención adecuada y a tiempo, le ayudará a superar objetivamente sus problemas.

La adolescencia no debe ser vista como un problema, sino como un proceso normal por el que pasa toda persona que llega a ser adulto.

2.2 La Pedagogía Terapéutica y el grupo interdisciplinario: una acción educativa especial y personalizada.

2.2.1 La formación del actuar humano.

Cuando hablamos de "acción educativa", debemos partir del concepto educación. El ser humano no es perfecto y nunca lo será. Desde que nace se le concibe como un ser perfectible. La única forma de perfeccionarse, pasar del ser dado al ser pleno, es a través de la educación.

La educación supone un perfeccionamiento intencional de las facultades específicamente humanas: inteligencia y voluntad. Para el hombre, su inteligencia y voluntad no sólo lo sitúan en un rango de superioridad frente a los demás seres vivos, sino que también le suponen la tarea de comportarse conforme a la calidad de lo que es, de su dignidad, y que consiste en lo que llamamos un deber. A su vez, éste reclama el respeto efectivo de las posibilidades que requiere como requisitos sin los cuales no puede llegar a sus fines y que llamamos derechos.

Víctor García Hoz añade que estos perfeccionamientos son a su vez factores que se armonizan para perfeccionar a la persona humana. Es decir, la educación perfecciona estas potencialidades, convirtiéndolas en un medio para el perfeccionamiento del hombre como persona.

Debido a que el hombre es el único ser educable, la educación es por lo tanto, un derecho humano. Este derecho en el que no tiene lugar la discriminación y posee un valor universal, se extiende a todas las personas sin distinción de sexo, raza, color, creencia o deficiencia.

Emile Planchard señala que la educación es obrar de una manera premeditada sobre el ser vivo, a fin de llevarle a una meta previamente fijada. Además, añade que en la base de la educación existe un postulado aceptado en la teoría y en la práctica: el hombre es modificable, en cierta medida por lo menos. Esta característica supone un cambio de conducta que implica, a su vez, un aprendizaje.

Con base en estas definiciones, se puede afirmar que la educación un proceso, una serie de pasos ordenados, que actúan como medio para que el ser humano logre pasar del estado actual a otro más perfecto. Se distingue por ser un proceso personal, coadyuvante, progresivo y permanente de perfeccionamiento.

- ✓ Personal, porque está centrado en la persona humana;
- ✓ Intencional, porque se necesita que la persona quiera y acepte el proceso, lo que supone que si no lo hace no se estaría educando y sólo nos referiríamos a una evolución psíquica o biológica;
- ✓ Coadyuvante, porque el ser humano aprende por sí mismo y con ayuda de otro;
- ✓ Progresiva, porque respeta la etapa evolutiva en que se encuentra la persona y
- ✓ Permanente, porque va del nacimiento hasta la muerte y es continua.

Sin embargo, la perfección no es un estado al que se llega, sino un ideal al que se tiende. Nunca se alcanzará plenamente.

Hasta aquí, se puede afirmar que la educación es un proceso, una serie de pasos ordenados, que actúan como medio para que el ser humano logre pasar del estado actual a otro más perfecto.

Por su raíz etimológica ("educare" -instruir, informar- y "educere" -extraer-), la educación, como proceso, no sólo incluye el aprendizaje, sino también la enseñanza.

Por su parte, Gastón Mialaret sostiene que la educación es un sistema o institución social integrada por varios elementos interrelacionados, como resultado de una acción traducida en aprendizaje y como un proceso en el que existe comunicación entre dos o más personas habiendo posibilidades de modificaciones recíprocas. Por lo tanto, la educación puede entenderse fundamentalmente en tres sentidos: como sistema, como producto y como proceso.

Pero como aquel refrán mexicano que dice "árbol que crece torcido, jamás su tronco endereza", la educación tiene un límite. Ella trabaja sobre una materia viva cuyas fuerzas están fijadas desde el nacimiento. Es decir que la educación, aunque supone perfeccionamiento, es un proceso que no hace milagros. Sólo perfecciona el ser que ya existe, un ser inextirpable, irrenunciable e intransferible.

Se ha de tener en cuenta que, aún cuando las personas discapacitadas presenten mayor dificultad para adaptarse al medio y menos posibilidades educativas, no deben considerarse como miembros inútiles de la sociedad a los que sólo un sentimiento filantrópico o caritativo puede ofrecerles alguna ayuda.⁴⁸ En la actualidad, varias personalidades se han destacado por la manera de enfrentar sus limitaciones, a pesar de todas las restricciones que la sociedad les ha impuesto. Para personas como ellas, se han convertido en un gran ejemplo de superación y lucha.

Cuando las deficiencias de una persona son tales que le impiden seguir el proceso de aprendizaje ordinario y dirigir sus propias acciones de acuerdo a la edad cronológica que le corresponde, necesita un tratamiento pedagógico adecuado a sus características y necesidades.⁴⁹

El sistema que se encarga de establecer la metodología, procesos, técnicas y recursos para la atención de las personas con necesidades especiales, se denomina "Educación especial".

René Hubert comenta que si a una persona con dificultad para adaptarse a las circunstancias consideradas como normales, se le coloca en un régimen especial adaptado a sus características particulares, resultará competente para continuar su desarrollo y ocupar así, el lugar que le corresponde dentro de la sociedad. Sin embargo, cuando estas diferencias no son tan profundas, se afirma que la persona es apta para desarrollarse dentro de las instituciones educativas regulares.

A. Polaino-Lorente afirma que la educación especial se dirige a aquellos educandos que, a causa de diversas deficiencias (sensoriales, psicomotrices, emocionales o cognitivas), no pueden adaptarse a la enseñanza regular, quedando fuera de ella y necesitando, por lo tanto, un tipo especial de educación acorde a sus características. De aquí que, la educación especial pueda ayudar a superar las limitaciones psíquicas o físicas que obstruyen, dificultan o frustran los diferentes aprendizajes, poco importa si aquellas limitaciones fueron aprendidas, condicionadas por el ambiente u originadas por una causa de tipo biológico.

⁴⁸ GARCÍA HOZ, Víctor., Principios de pedagogía sistemática., p. 444.

⁴⁹ cfr., ibidem., p. 409.

Debido a la singularidad de la persona humana, cada caso merece una atención en particular. Dentro de un grupo homogéneo, las diferencias individuales, únicas e irrepetibles, distinguen a unos seres de otros y no pueden ignorarse en el momento de establecer una relación o contacto interpersonal. Si así fuera, se estaría atentando contra la dignidad de cada hombre. No se puede pedir que todos se desarrollen al mismo ritmo, cubran los mismos objetivos y se interesen por los mismos problemas; la educación se realiza en cada persona de acuerdo con sus propias características. Por lo mismo, sostenemos que la educación debe ser personalizada.⁵⁰

Esta forma de educación se caracteriza, porque en ella se posee la capacidad de elegir de acuerdo a los intereses, capacidades y necesidades personales; lo que permite hacer uso pleno de la libertad. Por lo tanto, una acción educativa especial debe ser también personalizada.

2.2.2 La Pedagogía y su participación en la atención de personas con requerimientos especiales.

Teniendo como base el concepto de educación, haremos referencia a una ciencia que la estudia, sistematiza y aplica: la Pedagogía.

A la Pedagogía se le define, comúnmente, como la ciencia y arte de la educación. Pero... ¿por qué para algunos autores como Víctor García Hoz, Emile Planchard y Lorenzo Luzuriaga la Pedagogía es ciencia y a la vez un arte, mientras que para otros, como Dilthey y Dewey, afirman que es sólo ciencia y no arte?

La primera postura afirma que la Pedagogía teoriza acerca de su propio objeto de estudio: La Educación, y ésto la convierte en ciencia. Al teorizar, sistematiza los procesos de enseñanza-aprendizaje (PEA), formula teorías y enuncia principios que se llevarán a la práctica concreta. Asimismo, se auxilia de otras ciencias, tales como la Filosofía, Psicología, Administración, etc., para las cuales también sirve de apoyo. Sin embargo, la teoría que no se lleva a la práctica se vuelve inútil; y al mismo tiempo, la práctica necesita de la teoría para saber hacia dónde se dirige.

Se dice que la Pedagogía es arte, porque como cualquier artista, el pedagogo emplea las técnicas y herramientas más adecuadas para facilitar el PEA. O bien, crea las suyas propias.

⁵⁰ GARCÍA HOZ, Víctor., Principios de pedagogía sistemática., p. 409.

Por lo tanto, la formación pedagógica no sólo da el fundamento teórico necesario para llevar a cabo el proceso, sino que capacita a los profesionales en su ejercicio.

Análogamente a esta postura, surge otra que afirma que “no todos los educadores son pedagogos, así como no todos los pedagogos son educadores”. Si analizamos esta frase, encontraremos mucha coherencia. En efecto, hay personas como los padres de familia, normalistas, niñeras y tantos otros que no han estudiado Pedagogía y, sin embargo, educan. También existen muchos pedagogos eruditos, que jamás han ejercido su profesión por dedicarse a otras actividades ajenas a ella. Esta postura sostiene que la Pedagogía es únicamente ciencia.. Quien realmente la convierte en arte, es la persona que la pone en práctica.

Otros más se han cuestionado acerca de si la Pedagogía es la única ciencia de la educación o forma parte de una amplia gama de ciencias que la tienen como objeto de estudio en común. Sin embargo, no se pretende hacernos partidarios de una postura u otra a lo largo de este estudio. De lo que sí podemos estar seguros es que todas las posturas coinciden en que el hombre es el eje central de la educación.

Por su raíz etimológica (paidagogía/“paidós” -niño- y “ágein” -conducir-), parece como si el campo de acción del pedagogo se redujera únicamente a los niños. Aunque en las antiguas ciudades griegas y romanas, “pedagogo” era el nombre que se le daba al esclavo encargado de llevar a los niños a las escuelas públicas; este concepto se ha ido ampliando con el tiempo. Científicos de distintas disciplinas han aportado sus conocimientos para la elaboración de distintas teorías y proyectos valiosos a lo largo de la historia. Con base en ello, se puede afirmar que cualquier experiencia vital constituye siempre un aprendizaje. El ámbito de trabajo para el pedagogo no se encuentra exclusivamente en las escuelas, sino en toda actividad que el ser humano realice, pudiendo ser dentro de la familia, la política, la comunidad, diversas instituciones y organizaciones sociales. Por ser el hombre el único ser educable, y la educación el objeto de estudio propio de la Pedagogía, se puede afirmar que “detrás de cada ser humano hay lugar para un pedagogo”.

Ante la multitud de interpretaciones en torno a la Pedagogía, para efectos de este estudio se le considerará como una ciencia que integra las visiones y elementos que otras ciencias han aportado entorno a la educación. También se le va a considerar arte, ya que en la formación ética y profesional del

pedagogo, se compromete a ejercerla libre y responsablemente. Debido a que en esta profesión, la teoría va íntimamente ligada a la práctica, se dice que la Pedagogía es una ciencia teórico-práctica.

Como se dijo antes, el campo de trabajo para el pedagogo no se limita a un sólo ámbito; sino que participa de todas las actividades humanas sin perder de vista su objeto de estudio. Así entonces, el pedagogo se desenvuelve en los ámbitos de la familia, escuela, empresa y comunidad.

Al igual que todas las ciencias, la Pedagogía se divide en varias disciplinas o ramas según el enfoque de su objeto de estudio. Así tenemos, entre otras, a la Pedagogía Comparada que se encarga de estudiar y comparar los diferentes sistemas educativos a nivel nacional e internacional; la Pedagogía Diferencial dedicada al estudio de aquellas personas que, dentro de un grupo homogéneo, se distinguen por sus características especiales; la Pedagogía Ambiental, encargada de formar a la sociedad para que pueda contribuir en la modificación y conservación del medio ambiente; o bien, la Pedagogía Organizacional enfocada al desempeño del individuo dentro de las organizaciones sociales, tanto públicas como privadas.

La Pedagogía Terapéutica es considerada también, como una rama de la Pedagogía. Viene a ser el conjunto de técnicas y herramientas educativas destinadas a ayudar a las personas que presentan dificultades y trastornos menores en su desarrollo con el objeto de que puedan continuar escolarizadas en la enseñanza regular, sin necesidad de ser institucionalizadas.⁵¹ Aunque algunos la señalan como una división de la Pedagogía Diferencial, para efectos de este estudio se le considerará aparte.

Las diferencias que pueden establecerse entre la Pedagogía Terapéutica y la Educación Especial, parecen ser fundamentalmente de tipo estructural. La Educación Especial es el sistema que diagnostica, elabora, lleva a cabo y evalúa los planes y programas destinados a la atención de personas anormales. La Pedagogía Terapéutica forma parte de este sistema y en determinado grado, hace uso de las técnicas y herramientas necesarias para llevar a cabo dichos planes y programas.

García Hoz define a la Pedagogía Terapéutica como la acción pedagógica cuya finalidad no está en curar las deficiencias fisiológicas, sino en desarrollar al máximo las muchas o pocas potencialidades que una determinada persona tiene.

⁵¹ *cfr.*, MAUCO, George., *Psicoterapia escolar.*, p. 219.

Al hablar de Pedagogía Terapéutica, es común referirse a vocablos tales como reeducación, readaptación, habilitación, rehabilitación. El término "terapéutico" alude a la participación profesional interdisciplinaria en el proceso. Esta acción se refiere al trabajo conjunto de especialistas cuya labor es, indiscutiblemente necesaria. Sin embargo, las acciones de unos y otros no deben sustituirse, sino coordinarse. Cuando una persona es tratada por varios especialistas, es posible coordinar los esfuerzos y aumentar la eficiencia del proceso de cambio.

Como se dijo en el primer capítulo de este estudio, el equipo terapéutico que participa en la recuperación del adolescente con PCI, se encuentra conformado principalmente por el neurólogo, el fisioterapeuta, el médico físico, el terapeuta de lenguaje (si en su caso lo requiere), el psicólogo y el pedagogo.

Se puede afirmar que la Pedagogía Terapéutica, entre otras cosas, contribuye a reforzar las bases del saber escolar en los niños y adolescentes de bajo rendimiento, crear métodos de estudio adaptados a sus necesidades especiales, devolver el gusto por el conocimiento y el trabajo, así como recuperar el equilibrio de las personas que presentan trastornos en el comportamiento.⁵²

Debe entenderse que la labor de la Pedagogía Terapéutica no consiste en curar el daño que, en el caso de la PCI es irreversible; sino simplemente intenta reintegrar socialmente a la persona por medio de una habilitación o rehabilitación lo más completa posible, para que pueda llevar a cabo una vida funcional y productiva. De cualquier forma, la conducta humana depende de un conjunto muy complejo de factores físicos, psíquicos y sociales.

En cuanto a la manera de llevar a cabo la terapia pedagógica existen dos formas principales de ejercerla. La primera es de forma individual mediante consultas particulares, y la segunda en forma colectiva o de grupo. La efectividad de una y otra dependerá siempre del caso que se trate y de lo que se pretenda lograr.

⁵² cf., MAUCO, George., Psicoterapia escolar., p. 231.

George Mauco señala tres principios en los que debe sustentarse la Pedagogía Terapéutica:

- 1o. Establecer una buena relación pedagógica, es decir, un contacto afectivo entre el educando y el educador, el cual permitirá el establecimiento de un grado de confianza aceptable entre uno y otro. En otras palabras, un buen "rapport".
- 2o. Individualizar los ejercicios lo mejor posible dando ocasiones de triunfo, lo que permita que se despierte un interés profundo por la tarea que se realiza.
- 3o. Establecer un enlace sólido con la familia y el equipo interdisciplinario, a fin de que las acciones que se realicen coincidan con los objetivos del tratamiento.

Ante todo, la experiencia ha demostrado que los ejercicios de la Pedagogía Terapéutica repercuten sobre la afectividad de la persona inadaptada por efecto del cambio de ambiente y del contacto con el educador. A esta conexión, se añade el hecho de que la terapia facilita el trabajo del especialista, proponiendo actividades idóneas que le son a la vez familiares y necesarias a la persona que las realiza, ya que le proporcionan ocasiones de triunfo propias para darle confianza.⁵³

Ningún especialista por sí solo, puede presumir que posee un conocimiento total de la persona. Cada uno posee una visión complementaria de las otras. El conocimiento y la comprensión de conjunto no es posible, sino por medio de un trabajo en equipo. El pedagogo en este caso, está capacitado para coordinar las actividades en conjunto y fungir como intermediario entre uno y otro profesional del equipo integrado. Por lo tanto, la actual especialización pedagógica se convierte en una necesidad. La eficiencia educativa es una de sus principales tareas.

2.3 La Didáctica en el Proceso de Enseñanza-Aprendizaje (PEA).

Debido a que la Pedagogía se ocupa de analizar los problemas de la educación humana en todas sus manifestaciones, buscando los métodos más eficaces para su solución, se desarrolla en cuatro campos epistemológicos:

⁵³ *cfr.*, MAUCO, George., *Psicoterapia escolar.*, p. 229.

- **Ontológico:** Se refiere al ser de la educación, constituido por el educando, el educador y las agencias educativas.
- **Mesológico:** Se refiere a los medios que utiliza par educar, es decir, los recursos y herramientas didácticas: metodología, técnicas, material, etc.
- **Teleológico:** Toda educación está dirigida a unos fines, metas y objetivos.
- **Axiológico:** La educación siempre está orientada a valores.

Algunos autores manejan a estos dos últimos en uno solo, ya que se considera que todos los fines educativos son valiosos. Una acción educativa debe abarcar estos cuatro campos epistemológicos para que pueda considerarse verdaderamente formativa e integral.

Dentro del campo mesológico se encuentra la Didáctica, disciplina que constituye el tronco de la formación profesional de todo pedagogo y lo distingue de otros profesionistas.

“El estudio de la didáctica- afirma Imideo Nérici- es necesario para que la enseñanza sea más eficiente, más ajustada a la naturaleza y a las posibilidades del educando y de la sociedad”⁵⁴. Puede decirse que, es un conjunto de técnicas destinadas a dirigir la enseñanza, logrando que los principios y procedimientos de cualquier materia sean aplicables a todas las disciplinas y ciencias, contribuyendo a que la acción del educador sea más consciente y eficiente y, al mismo tiempo, el aprendizaje sea más interesante y provechoso. En otras palabras, la Didáctica no se interesa tanto por lo que va a ser enseñado, sino de cómo va a ser enseñado. No es suficiente el dominio de la materia para el desarrollo del P.E.A., sino que influyen, además, el medio físico, afectivo, cultural y social donde se desarrolla.

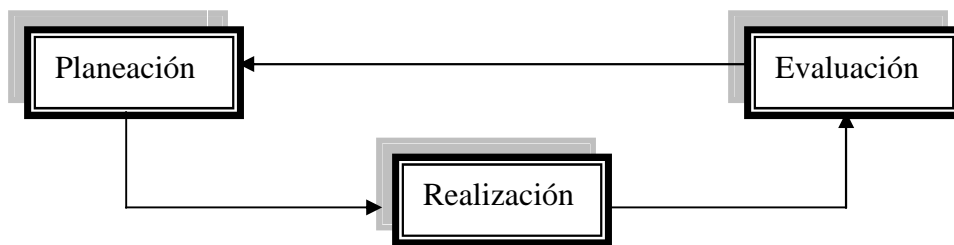
Etimológicamente, la palabra “Didáctica” se deriva del griego didaskein, que quiere decir “enseñar”, y tékne, que quiere decir “arte de enseñar o instruir”. Por lo tanto, podemos conceptualizar a la Didáctica como la disciplina encargada del arte de enseñar. Aunque establece principios acerca de la aplicación de sus instrumentos y técnicas, no puede considerarse como una ciencia. No posee un objeto de estudio propio ni teoriza acerca de la aplicación de sus herramientas, todo lo toma de ciencias auxiliares, pues su campo de acción es eminentemente práctico.

⁵⁴ NÉRICI, Imideo., *op. cit.*, p. 53.

Por medio de la Didáctica se lleva a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje (PEA), el cual considera seis elementos fundamentales y responde a las siguientes preguntas:

- ¿Quién? ➤ Educando y Educador
- ¿Qué? ➤ Contenidos de la enseñanza
- ¿Para qué? ➤ Objetivos
- ¿Por qué? ➤ Justificación
- ¿Con qué? ➤ Recursos
- ¿Cómo? ➤ Métodos y técnicas de enseñanza
- ¿Dónde? ➤ Medio geográfico, económico, cultural y social
- ¿Cuándo? ➤ Tiempo disponible

Igualmente, se puede decir que la acción didáctica consta de tres momentos:



A lo largo de una sesión pedagógica terapéutica se emplean una variedad de métodos, técnicas, recursos y materiales didácticos que contribuyen al mejor aprovechamiento de los contenidos, el espacio y el tiempo; así como a la participación eficiente del educando y el educador en el logro de sus objetivos.

Didácticamente hablando, el adolescente con parálisis cerebral que presenta problemas de aprendizaje necesita de una enseñanza especializada para adquirir determinadas habilidades y principios básicos. Si dicha enseñanza es eficaz, este adolescente no sólo se beneficia académicamente, sino que sus éxitos en el trabajo escolar dan lugar a la aceptación por parte de sus compañeros, mejorando así su

autoestima. Pero también, se corre el riesgo de que si no se le ayuda lo suficiente como para lograr lo anterior, puede llegar a sentirse aún más diferente y fracasado.⁵⁵

En la Pedagogía Terapéutica es prudente seguir ciertos principios didácticos, indispensables para la realización del PEA Algunos de ellos se citan a continuación:

- ✓ Conocer las habilidades y limitaciones de nuestro educando.
- ✓ Programar objetivos fáciles de alcanzar por el educando.
- ✓ Organizar previamente el desarrollo y secuencia de la tarea.
- ✓ Buscar el momento óptimo para la enseñanza.
- ✓ Atraer la atención del educando de manera simple, constante y repetida.
- ✓ Facilitar el aprendizaje, haciéndolo divertido.
- ✓ Enseñar una sola habilidad o tarea a la vez.
- ✓ Dar instrucciones de la forma más clara y sencilla posible.
- ✓ Proporcionar experiencias multisensoriales que faciliten la fijación de los aprendizajes.
- ✓ Impulsar el autoaprendizaje.
- ✓ Requerir una participación constante del educando.
- ✓ No efectuar por el educando aquello que es capaz de hacer por sí mismo.
- ✓ No prestar atención a las conductas indeseables.
- ✓ Corregirlo cuando sea necesario, estableciendo los límites y pautas de acción deseables.
- ✓ Mantener el nivel de exigencia.
- ✓ Retroalimentar inmediatamente todas las respuestas.
- ✓ Evaluar procesalmente, dando abundantes oportunidades de práctica y repaso.
- ✓ Enseñar mediante el ejemplo.
- ✓ Terminar la tarea.
- ✓ Gratificar la tarea.
- ✓ Involucrar a la familia en el aprendizaje.

⁵⁵ cfr., GOPLERUD, Dena., La recuperación por secuencias de aprendizaje., p. 7.

Habiendo fundamentado que el adolescente con PCI es un ser capaz y funcional, que merece ser tratado con dignidad y respeto para su correcto desarrollo, nos dirigiremos al siguiente capítulo, donde analizaremos la participación del medio como facilitador u obstaculizador de este proceso.



CAPÍTULO 3

Importancia de la relación con el medio



“Estoy convencido de que la vida está constituida por un 10% de lo que me ocurre y el 90% de cómo reacciono ante ello.”

Charles Swindoll

CAPÍTULO 3

Importancia de la relación con el medio

3.1 Buscando un lugar en la sociedad.

En su sentido amplio, la sociedad humana es la agrupación natural de personas en donde cada una cumple una función diferente que garantiza el respeto, la seguridad y permanencia de sus miembros.

“La sociedad cumple sus funciones de educadora presionando sobre el hombre desde múltiples ángulos. Como agente educador juega el doble papel de conservar y de renovar, siempre y cuando la renovación no importe un cambio súbito en su estructura básica.”⁵⁶

Con frecuencia en esta sociedad, las imágenes que evoca cualquier estado de discapacidad tienden a crear una sensación de desagrado; no a causa de la discapacidad en sí, sino de los prejuicios de la gente hacia dicho estado. El prejuicio de la sociedad ante la necesidad personal de una educación especial desaparecerá hasta que la incapacidad ya no sea una razón para compadecer o afligirse por quien la sufre. Uno a menudo es culpable de reaccionar ante estos individuos con temor, rechazo, compasión discriminación o pocas expectativas; mostrándoles enojo, burla, discriminación o afecto exagerado. Cuando se pueda convivir, enseñar, aprender, enfrentar y disfrutar la vida con las personas con NEE, del mismo modo que se hace con otras personas que comparten con uno las limitaciones humanas, entonces estas situaciones no inspirarán más desagrado.⁵⁷

“Es sorprendente la cantidad de problemas que enfrentan las personas con deterioro físico o de salud. Estos sujetos pueden alcanzar un nivel más alto de desarrollo y llegar a ser miembros productivos de la sociedad, siempre y cuando se les den las debidas oportunidades. De aquí es imperativo que la sociedad esté consciente de las necesidades de este grupo. Se debe encontrar la manera de que quienes padecen algún tipo de deterioro físico participen más en las actividades sociales.”⁵⁸

⁵⁶ NASSIF, Ricardo., Pedagogía general., p. 258.

⁵⁷ cfr., PATTON, James R., Casos de educación especial., p. 34.

⁵⁸ ibidem., p. 130.

Las repercusiones de la invalidez física se dan en cuatro niveles⁵⁹:

- Individuales: Falta de integración de la persona a la sociedad y la limitación para desarrollar funciones básicas humanas.
- Familiares: Falta de adaptación al núcleo familiar, en lo social y económico. La persona discapacitada se convierte en una pesada carga para su familia, tanto en lo económico como en lo laboral, por los cuidados especiales que ésta requiere.
- Sociales: Las personas no sometidas a rehabilitación pasan a engrosar los grupos marginados de analfabetas, mendigos, desempleados y subempleados.
- Económicas: En condiciones como estas, los individuos afectados no sólo dejan de producir bienes necesarios para el desarrollo del país, sino que una parte del presupuesto nacional es ocupada en centros de rehabilitación y atención especializada.

La extensión cada vez mayor de los servicios asistenciales médicos ha logrado reducir la tasa de mortalidad en casos de lesión cerebral prolongando su vida. De ello se desprende, que los parálíticos cerebrales además de ser los más limitados y numerosos dentro de los atípicos en México, también son los que mayor tendencia tienen a aumentar en número. Pero el problema para estas personas se agrava aún más, si consideramos que México cuenta con muy pocas instituciones para su rehabilitación y tratamiento. Hasta hace poco, sólo existía una institución de asistencia privada denominada Asociación Pro Paralítico Cerebral (APAC) que, por supuesto, no podía dar atención al gran número de casos existentes en México, sobre todo si se tiene en cuenta el hecho de que éstos aumentan diariamente.⁶⁰

La poca sensibilización de la sociedad constituye una realidad actual. Los obstáculos de información, accesibilidad y costos que la sociedad impone ante la idea de "integración y participación social", ha originado la segregación de las personas con alguna característica considerada "anormal". Sin duda, estas

⁵⁹ *cfr.*, HINOJOSA RIVERO, Guillermo., *et al.*, La enseñanza de los niños impedidos., p. 117.

⁶⁰ *cfr.*, *ibidem.*, p. 117.

personas poseen la capacidad y el derecho de desarrollarse integralmente dentro de sus posibilidades y limitaciones.

Por todo lo anterior, se puede deducir que el desarrollo de toda persona es el producto de la relación entre sus características personales y el medio que le rodea. Es necesario comprender que estas personas, aunque sufren ciertas limitaciones, son elementos valiosos para la sociedad. Si ésto se logra, no sólo ellos tendrán mayores oportunidades de minimizar los obstáculos que se les presenten, sino que también las personas consideradas "normales" habrán crecido interiormente.⁶¹

De la misma forma, es importante que la educación de la persona sea objetiva. Es decir, que se ajuste a las necesidades, capacidades y limitaciones de la sociedad en que vive.

La afirmación anterior está sujeta a muchas controversias. Muchos padres y educadores en general, creen que el desarrollo de la persona depende de la tecnología moderna. Es posible y benéfico hacer uso de ella, pero no es el único medio ni el más eficaz que se le puede brindar. La eficiencia de la tecnología depende de la sociedad en la que se encuentre inmersa. Si ésta no posee los conocimientos, recursos e infraestructura necesaria para implementarla, se convierte tan sólo en un obstáculo para la buena integración del individuo.

Se debe educar a la persona con los recursos, valores y virtudes que se poseen, para que sea capaz de desarrollarse plenamente, siendo útil a sí misma y a la sociedad a la que pertenece. Los educadores comprometidos con su tarea, educan para la vida, la cual en su sentido estricto, es perfectible. "La adaptación satisfactoria de un chico con deterioro físico depende en gran medida del trato y las actividades de sus allegados, tales como padres, hermanos, maestros y compañeros en su ambiente inmediato"⁶²

3.1.1 Clasificación de la sociedad.

Hay instituciones sociales de la más diversa índole. Las instituciones o agentes más comprometidos con la educación y que están en más estrecho contacto con la persona humana, son: el Estado, la Iglesia, la familia y la escuela.

⁶¹ cfr., HINOJOSA RIVERO, Guillermo., et al., La enseñanza de los niños impedidos., p. 125

⁶² idem.

En términos generales, se considera que existen sociedades perfectas e imperfectas. Las primeras (Iglesia y Estado) se denominan así, porque se consideran capaces de cubrir sus necesidades por sí mismas; no necesitan ayuda externa. Las segundas, también llamadas intermedias (familia, escuela, empresas, medios de comunicación, etc.), necesitan de la ayuda de otros agentes para satisfacer las necesidades de sus individuos.

El Estado y la Iglesia

“El Estado, como expresión jurídico-política de la sociedad, interviene en la educación del pueblo porque debe velar por la supervivencia de la sociedad que lo apoya por su unidad espiritual en tanto Nación, y por el bienestar general.”⁶³

En otras palabras, está encargado de regular y coordinar los intereses particulares a favor del bien común. Corresponde a éste promover la educación del pueblo, a través de leyes básicas y generales que orienten la estructuración de la escuela pública para todos los que la deseen; así como el perfeccionamiento de la escuela particular (...) a fin de poder atender a las preferencias de la familia.⁶⁴

“La acción de la Iglesia es, toda ella, docente, dentro o fuera de la escuela. Su papel en la educación abarca no sólo la defensa de los principios que se refieren a la preservación de la dignidad y de la libertad del hombre, sino también a su formación social, moral y espiritual.”⁶⁵

Independientemente de la religión o credo que se practique, es deber de la Iglesia luchar por preservar y defender los derechos humanos en favor de la paz del mundo; promoviendo el sentido de reconocer la dependencia y el respeto del ser humano a un ente superior que es Dios.

“El lema de la Iglesia es: no tiene sentido la educación o la escuela, que no procure respetar y proteger la vida espiritual del hombre. Ella presta una inestimable colaboración en la difusión de la educación y en la apertura de las escuelas, llevando a cabo una verdadera obra de pioneros por los rincones más apartados de los grandes centros que, en muchos casos, carecen de las condiciones mínimas de economía y cultura.”⁶⁶

⁶³ NASSIF, Ricardo., op. cit., p. 259.

⁶⁴ cfr. NÉRICI, Imideo., Hacia una didáctica general dinámica., p. 120.

⁶⁵ idem.

⁶⁶ idem.

Por la historia, sabemos que la participación de la Iglesia en la educación ha sido de gran beneficio; misioneros, damnificados y gente comprometida ha hecho grandes aportaciones al desarrollo de las teorías educativas.

3.2 El hogar y la familia para la persona con parálisis cerebral.

La familia es una comunidad de personas. La persona humana es el principio, fundamento y fin de las relaciones familiares; donde nace, crece, se desarrolla y muere.

El hombre por naturaleza, tiene necesidades que debe satisfacer para su desarrollo pleno físicas, afectivas, sociales, intelectuales y trascendentales. Es importante que las necesidades se satisfagan ordenadamente, siendo las primeras más apremiantes y las últimas más importantes.

La familia es el lugar más adecuado para satisfacer estas necesidades, sobre todo, las afectivas y las trascendentales; ya que como veremos más adelante, la escuela coopera para satisfacer las de orden intelectual, físico y social.

La familia como institución natural, es la célula de la sociedad. Según el Art. 16.3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se considera "el núcleo natural y fundamental de la sociedad que tiene derecho a ser protegida por la sociedad y el Estado".

Para la persona humana, la familia constituye el primer contacto biológico y afectivo necesario para desarrollarse favorablemente con el resto de los seres humanos. Sin la familia, el hombre no existiría; ésta es la que lo ha hecho posible: es una convivencia exigida por la misma naturaleza para la vida humana.

"La familia, comunidad natural duradera de padres e hijos, es la más antigua y la más intensa sociedad educativa."⁶⁷ La familia, en su sentido estricto y muy limitado, puede definirse como el grupo de individuos vinculados por parentesco (identidad de sangre o biológico). Haciendo referencia a esta definición, podríamos distinguir dos subgrupos en la familia: la familia nuclear (padres e hijos únicamente) y la familia extensa (abuelos, tíos, primos, etc.).

⁶⁷ GOMEZ P., Rafael., Familias a todo dar., p. 51.

Sin embargo, la familia se ha ido transformando según las necesidades cambiantes del tiempo, las distancias, las actividades. Ésto ha dado lugar a distintos tipos de familia unidos por lazos no necesariamente biológicos. A pesar de los cambios que puedan sufrirse por el efecto de la industria, la tecnología, la moda o cualquier otra corriente ideológica; por ser el origen de todos los demás tipos de sociedades o grupos humanos, la familia jamás desaparecerá.

“La familia es un agente y una comunidad de educadores de primer orden. Es el núcleo donde se presentan (...) los primeros elementos educativos. Mediante ella actúan las costumbres, la tradición, la moral; es ella quien crea los primeros lazos que unen al hombre con su comunidad. Mantiene la herencia cultural fundamental y la lleva a la conciencia de sus descendientes. Por eso tiene tanta fuerza y es difícil luchar contra ella, contra su poder conservador.”⁶⁸

Por ende, la familia es la más permanente de todas las sociedades y grupos humanos. Los elementos que la conforman están unidos por la complementariedad, la subsidiariedad y el amor. Nadie puede suplir su función en la formación de la persona humana; las otras instituciones o grupos sociales sólo la complementan. Ésta jerarquía nunca cambiará mientras exista la naturaleza humana; el estilo personal no perjudica la unidad de la familia, sino que la enriquece.

“La familia es el núcleo básico de la comunidad humana (...) grupo formado por un hombre y una mujer y por los hijos que nacen de esa unión.”⁶⁹ Independientemente de las ideologías y creencias diversas, cuando esta unión se fundamenta en el matrimonio, goza de mayor seguridad y permanencia para sus miembros.

“La familia es la primera patria y el que se aventura a salir de ella, sabe que puede volver en cualquier momento, pues se considera integrado a su familia como algo definitivo. Sabe siempre que es padre o madre o hijo o hermano.”⁷⁰ Por lo anterior, la familia debe constituir una unidad de personas independientes, pero estrechamente relacionadas entre sí.

Por su carácter permanente, su valor perdura a través del tiempo y la distancia. Los valores, las costumbres y virtudes que en ella prevalecen se transmiten entre sus miembros de generación en generación.

⁶⁸ NASSIF, Ricardo., op. cit., p. 256.

⁶⁹ ibidem., p. 254.

⁷⁰ GOMEZ P., Rafael., op. cit., p. 52.

Como primer agente educador, a la familia le corresponde el “educar”, más que el instruir. Su tarea es esencialmente de formación más que de información.

Es importante destacar, que cuando en alguno de los miembros de la familia se presenta una deficiencia o discapacidad, cualquiera que sea la causa, repercute notablemente en su dinámica y desarrollo integral. La presencia de una persona con parálisis cerebral presenta un variable número de problemas que exigen una atención continua y multidisciplinaria.⁷¹

La forma en que la lesión cerebral afecta la capacidad de aprendizaje del niño o el adolescente, su adaptabilidad y su potencial para toda la vida adulta; es algo mucho más importante que la naturaleza misma de la lesión. Sin embargo, hay que tener en cuenta que no existen dos niños iguales en cuanto a su estado o conducta; por lo que quedan descartadas las comparaciones en cualquier ámbito profesional y social.⁷²

A la familia le corresponde desde el logro de un ambiente en el hogar que conlleve la aceptación, la convivencia afectuosa, el apoyo positivo que permita superar dificultades, la educación de los demás miembros de la familia (principalmente los otros hermanos, fomentando actitudes tolerantes, pacientes y comprensivas sin excesivo proteccionismo), hasta la participación de profesionales e instituciones que procuren la sensibilización de los ciudadanos para lograr el justo desarrollo integral de sus hijos discapacitados.⁷³

“Se deberá prestar mucha atención a los padres, no sólo orientándolos sobre la manera de tratar y educar a los hijos, sino también procurando, por medio de charlas y reuniones de grupo, mantenerlos en un buen nivel de adaptación emocional. Un oportuno apoyo psicológico los ayudará a evitar el desequilibrio emocional.”⁷⁴

El papel de la familia y, sobre todo de los padres en relación con la mejoría física y la actividad mental normal de la persona afectada, es de vital importancia. El riesgo que muchos padres y profesores corren ante la falta de formación e información con respecto al pronóstico de la parálisis cerebral, es que las actitudes de sobreprotección terminan por lisiar la personalidad de sus hijos y alumnos.

⁷¹ MOLINA G., Santiago., *op. cit.*, p. 356.

⁷² *cfr.*, CRUICKSHANK, William., *El niño con daño cerebral.*, p. 24.

⁷³ C.E.F.A.E.S., *Entorno a la parálisis cerebral infantil.*, p. 23.

⁷⁴ FUNDACIÓN OBLIGADO., *Síndromes de parálisis cerebral.*, p. 60.

La buena interacción entre los médicos, terapeutas, profesores y padres trae resultados muy benéficos para el desarrollo cognitivo, afectivo y social de la persona discapacitada.

“De la cooperación de los padres en la rehabilitación del niño portador de parálisis cerebral o deficiencia mental dependerá, principalmente, la posibilidad de conseguir el máximo desarrollo de todas sus potencialidades evolutivas (...) Además, el tiempo de adiestramiento y de cuidados dedicados por el equipo técnico siempre será mucho menor que el transcurrido en el seno de la familia. Sin esa cooperación, muy poco o casi nada podrá obtenerse.”⁷⁵

Sin embargo, es indudable que la situación económico-social de las familias juega un importante papel en la rehabilitación de la persona discapacitada. En tal caso, los estudios socioeconómicos de diversas instituciones públicas o privadas indicarán los instrumentos y el lugar más adecuado para su rehabilitación.

3.2.1 Agentes internos y externos.

En la estructura del hogar intervienen directa o indirectamente agentes internos y agentes externos. Los agentes internos del hogar son todas aquellas personas que guardan una relación directa entre sí, es decir, que viven bajo el mismo techo: padres e hijos, incluyendo al personal doméstico y a las personas que en particular lo compartan (abuelos, tíos, primos, amigos, etc.). Los agentes externos son todas aquellas personas que intervienen indirectamente, es decir, que no viven bajo el mismo techo, pero que de una u otra manera influyen en él: familia extensa, amigos y otras instituciones sociales.

Contar con estos datos es muy importante, pues en el tratamiento y rehabilitación se involucra a toda la familia, pero sobre todo, a aquellas personas que guardan relación directa con el paciente. Su cooperación y comprensión son fundamentalmente necesarias. Si se carece de ello, la rehabilitación del paciente puede ser difícil y dolorosa.

⁷⁵ FUNDACIÓN OBLIGADO., Síndromes de parálisis cerebral., p. 61.

3.2.2. Relaciones familiares.

En la familia existen diversos vínculos de relación, según los lazos que establecen sus miembros entre sí. En una familia nuclear* se distinguen los siguientes tipos de relaciones.

A. Relaciones conyugales

Se refiere a aquellas que se establecen únicamente entre los cónyuges, cuyas principales funciones son las de sexualidad, procreación, mantenimiento del hogar, cuidado, educación y formación de los hijos a través de la transmisión de valores y virtudes; así como de la aceptación, seguridad y permanencia dentro del hogar.

“Ser hombre o mujer afecta no una zona de la personalidad, sino el conjunto de ella, de manera que el sello del sexo viene a caracterizar definitivamente al varón o a la mujer.”⁷⁶

Se habla de igualdad entre el hombre y la mujer tan sólo con respecto a la esencia, al valor axiológico. Sin embargo, es notable su diferencia accidental en cuanto a su estructura biológica y psicológica.

Debido a esta diferencia, las relaciones entre ellos deben de estar fundadas en un ambiente de amor, respeto y armonía; no de subordinación y obediencia ciega. Ambos poseen el mismo derecho de opinar y decidir ante sus hijos y los asuntos del hogar en general.

“Entre hombre y mujer no podemos hablar de inferioridad o superioridad, sino de COMPLEMENTARIEDAD (...) Para la mayor ARMONÍA DEL MATRIMONIO es muy necesario conocer las características propias del varón y de la mujer, pues de un desconocimiento de esas variantes pueden surgir incomprendiones y fricciones en la convivencia del matrimonio.”⁷⁷

En la relación conyugal, el hombre se distingue de la mujer por su forma de razonar, gobernar, preocuparse por los problemas graves, asistir materialmente a la familia mientras se ocupa de su futuro y soporta más la soledad.

* Dícese del tipo de familia formada únicamente por los cónyuges y los hijos de dicha unión.

⁷⁶ GOMEZ P., Rafael., *op. cit.*, p. 54.

⁷⁷ idem.

La mujer por su parte, se distingue por ser más intuitiva y preocuparse por los detalles y pequeñeces del hogar; se interesa más por el estado actual en que se encuentra la familia y no tanto por el futuro; pero principalmente, por ser la transmisora de los valores espirituales, morales y religiosos.

En otras palabras, las características de complementariedad y subsidiariedad determinan que ambos pueden realizarse personal y profesionalmente sin descuidar sus funciones como parte de una familia.

“La armonía estable de padre y madre, su pensamiento semejante ante los grandes valores de la vida humana son garantía de éxito en la formación y educación de sus hijos.”⁷⁸

La presencia de un hijo con requerimientos especiales pone, en la mayoría de los casos, al matrimonio bajo tensión; pese a que estas relaciones sean muy fuertes. Mientras ambos tratan de resolver por separado sus temores y su culpa, pueden dejar de comunicarse cuando más necesitan uno del otro.

A veces las parejas manifiestan desacuerdos respecto a la discapacidad de su hijo o naturaleza del problema; deciden no hablar de él cuando lo único que están generando es una falta de comunicación, dañina para su matrimonio. Otras veces dedican sus vidas por entero a atender las necesidades de su hijo, corriendo el peligro de aislarse y hasta de interesarse entre sí. En ocasiones, cuando existen más hijos, la atención para unos y otros no es equitativa. Se tiene la creencia de que el minusválido necesita más de sus padres que los otros hermanos.

Para evitar todos estas crisis, es necesario que los cónyuges recurran a una orientación especializada para estimular su matrimonio y tomen algunas recomendaciones para su vida en pareja:⁷⁹

- ✓ Encuentren tiempo, con regularidad, para estar solos y dedicarse a las cosas que les gustan.
- ✓ No finjan uno con el otro; compartan sus malos momentos y también los buenos; hablen sobre sus sentimientos, emociones y temores.
- ✓ Traten de comprender sus puntos de vista, procurando llegar a acuerdos razonables.
- ✓ Eviten enviar mensajes con doble sentido; si piden ayuda no la critiquen
- ✓ Pasen tiempo juntos disfrutando a su hijo, sin preocuparse por sus problemas o la terapia. La naturalidad en la vida familiar es el mejor tónico para sus relaciones.

⁷⁸ GOMEZ P., Rafael., op. cit., p. 61.

⁷⁹ cfr., SEGAL, Marilyn., A tiempo y con amor., p. 31-37.

En cuanto a las relaciones de los cónyuges con sus hijos, es necesario sugerir que deben darse juntas y en constante armonía. Ambas constituyen las figuras primarias o modelos para los hijos.

“En los padres tienen los hijos la representación personificada de todo el mundo de los adultos, del cual necesitan para existir y para obrar.”⁸⁰ Sin embargo, por razones de estudio, las dividiremos en materno-filiales y paterno-filiales.

B. Relaciones materno-filiales

Son las primeras que se establecen, pues la madre es el primer contacto del niño con el mundo exterior y durante nueve meses mantuvieron una relación directa indisoluble. “El amor de la madre al hijo y el carácter incondicional de este amor forma la raíz de todas las actitudes de valor y seguridad ante la vida.”⁸¹

Se dice que el niño adquiere el conocimiento de todos los valores esenciales a través de la madre. De ella recibe la formación de la moralidad en virtudes. El conocimiento de lo agradable, lo bueno, lo social y lo santo es esencialmente transmitido por ella. Por las características de la mujer, la presencia de la madre forma en los hijos la sensibilidad ante los acontecimientos vitales. Por lo tanto, no es posible sustituir el valor educativo de la madre.

“Es de mayor trascendencia para los hijos la muerte de la madre que la muerte del padre, pues el padre en cierto sentido puede ser suplido por el abuelo, por algún pariente cercano o por un tutor. En cambio, el influjo de la madre no puede ser suplido suficientemente por ninguna persona.”⁸²

Sin embargo, la absoluta dependencia del hijo con respecto a la madre es peligrosa y puede lisiar la personalidad del individuo independientemente de su problema o lesión; tiene que ir disminuyendo con el tiempo (a medida que el hijo crece en edad), debe ir complementándose con múltiples relaciones personales.⁸³

⁸⁰ GARCÍA HOZ, Víctor., Pedagogía sistemática., p. 477.

⁸¹ GOMEZ P., Rafael., op. cit., p. 62.

⁸² ibidem., p. 67.

⁸³ cfr., ibidem., p. 63.

C. Relaciones paterno-filiales

Después de la madre, es al padre a quien le corresponde la relación más estrecha con los hijos.

“En el padre reside principalmente la autoridad familiar. Él es el centro de cohesión. Él fija los objetivos que la familia debe ir alcanzando y resguarda el orden interno de la familia. En él reside el derecho y también la fuerza. Aparece ante los ojos de sus hijos como el maestro y como guía en las dudas de acción humana.”⁸⁴

Los sentimientos predominantes de los hijos hacia el padre son de respeto, admiración y obediencia. El padre impone más que la madre; por lo que los sentimientos hacia la madre son más desahogados.

D. Relaciones filiales

Después de los padres, los hermanos son los elementos personales que más influyen en la educación de los miembros de una familia. Es muy positivo que en una familia haya más de un hijo o hija, pues se daría una relación más equilibrada de afectos y objetos entre padres e hijos.

“Es muy bueno que en una familia haya hermanos y hermanas. La presencia en el seno del hogar de niños y niñas viene a hacer naturales las formas de trato entre los dos sexos. (...) El ser varios hermanos y hermanas favorece la sencillez y la humildad de cada uno. Se evitan las dificultades que encierra la educación del hijo único.”⁸⁵

Ante la presencia de una persona discapacitada, el impacto que reciben los hermanos mayores o menores es inevitable. Aún cuando los padres procuren no discutir sus temores acerca del hijo discapacitado enfrente de los demás hijos, ellos reaccionan ante esta preocupación desarrollando temores secretos y hasta sentimientos adversos a él.

“En familias con más de un hijo, cierta cantidad de celos es inevitable. Ciertamente, no es sorprendente encontrar que los celos se intensifican en familias con un hijo que tiene necesidades

⁸⁴ GOMEZ P., Rafael., op. cit., p. 67.

⁸⁵ ibidem., p. 70

especiales.”⁸⁶ A través de la cooperación en su cuidado, se puede tener una solución bastante lógica a este problema.

Algunos de los problemas que experimentan los hermanos de estas personas no están relacionados directamente con sus necesidades especiales. Algunas familias colman de atención y cuidados a sus hijos normales, o son demasiado indulgentes para protegerlos de los rechazos sociales que tengan que enfrentar, o bien, les exigen demasiado depositando en ellos todas sus esperanzas y sueños.

A pesar de los aspectos negativos que conlleva la integración de una persona con NEE en la familia, es probable que las personas que tienen un hermano así se sientan confiados, eficientes y bien respecto a sí mismos. Los hermanos de personas discapacitadas desarrollan un talento especial para comunicarse y relacionarse con su hermano; brindándole a éste la oportunidad de desarrollarse integralmente, y a los padres una notable satisfacción y aprecio por lo que hacen.⁸⁷

Algunos autores, como Víctor García Hoz manejan las desventajas que conlleva una familia numerosa. Sin embargo, el número de hijos en una familia es sumamente relativo. Cada pareja posee la libertad de decidir cuándo y cuántos son convenientes. Lo cierto es que cuando hay dos o más hermanos dentro de la familia, es más fácil que cada uno llegue a considerarse “uno de tantos” y que sus exigencias y pretensiones en cuanto a lo que espera de sí mismo y de los demás sean menores y más escasas.

“La presencia de varios hermanos en la familia facilita los juegos, las recreaciones, las vivencias familiares, el espíritu de familia se desarrolla más normalmente. Los niños que tienen varios hermanos nunca se aburren, pues la variedad de personalidades en el seno de la familia es fuente de actitudes creadoras.”⁸⁸

En la actualidad, las familias numerosas ya no son muy comunes. El modelo social de familia lo constituyen 2 o 3 hijos aproximadamente. Aunque pocos sean los hermanos, siempre son importantes. Son el ejemplo, el respaldo, la mediación entre los padres, más nunca un punto de comparación. La edad entre unos y otros también es un factor importante que debe tomarse en cuenta.

⁸⁶ SEGAL, Marilyn., op. cit., p. 46.

⁸⁷ cfr., ibidem., p. 49.

⁸⁸ GOMEZ P., Rafael., op. cit., p. 70.

“Aún cuando es la competición, y aún la agresividad, el factor que con más frecuencia notan los investigadores actuales entre los influjos fraternos, se han de mencionar también las posibilidades de cooperación y ayuda social que la existencia de hermanos ofrece. El hermano menor es, con frecuencia, la primera ocasión que el ser humano tiene para ejercer funciones de ayuda y protección.”⁸⁹

“La corrección de los defectos es más fácil en las familias de más de un hijo, ya que hay muchos testigos de su conducta.”⁹⁰

E. El hijo único.

“El caso del hijo único, es ciertamente una situación en la cual los conflictos revisten mayor frecuencia y gravedad que los que se dan entre aquellos que tienen hermanos.”⁹¹ El hijo único tiende a ser egoísta por naturaleza. Un consentimiento y sobreprotección excesiva por parte de los padres y todos aquellos que intervienen directa o indirectamente en la familia, contribuyen a favorecer el egoísmo del hijo preparando el camino para la desadaptación social. Además, cuando este hijo presenta una dificultad en su desarrollo, se intensifica el comportamiento inadaptado.

Es normal que el adolescente que ha crecido en estas circunstancias se sienta preso de su casa y de sus padres quienes le han dado un exceso de atención, ayuda y diversión. Ante esta personalidad tan lisiada, se sienten impotentes ante las exigencias normales de la vida. Se creen merecedores de todo y poseedores de nada. Obviamente, les han construido la vida; dando lugar a seres que se sienten solos e inútiles.

A veces, por causas ajenas a la voluntad de los padres, no es posible la procreación de más de un hijo. Para tal efecto, es muy recomendable que establezcan relaciones cercanas con personas que tengan hijos de la misma edad; así como el ingreso a clubes deportivos, de la Iglesia o de cualquier otra índole que puedan ayudar al niño a integrarse positivamente en sus relaciones con los demás.

⁸⁹ GARCÍA HOZ, Víctor., Pedagogía sistemática., p. 480.

⁹⁰ GOMEZ P., Rafael., op. cit., p. 70.

⁹¹ GARCÍA HOZ, Víctor., Pedagogía sistemática., p. 480.

3.2.3 Adaptación del hogar.

Se ha dicho muchas veces que la integración de un minusválido a la sociedad, debe ser mediante su adaptación al medio en que se desarrolla. Se habla entonces, de "ajustar la enseñanza a la incapacidad". Sin embargo, pocas veces se ha pensado en la necesidad de modificar este medio para su correcta integración.

Por la discapacidad física de la persona con lesión cerebral, el hogar debe contar con un ambiente físico adecuado:

- ✓ Espacios suficientemente amplios para su desplazamiento (en silla de ruedas, andadera, muletas, bastón, etc.); cuidando de que no estén muy a su alcance objetos que pueda romper, con los que se pueda lastimar.
- ✓ Rampas para sillas de ruedas o carreolas.
- ✓ Barandales (para el inodoro y la regadera, en la habitación de la persona discapacitada, en las escaleras, y en las paredes de los patios que no tengan jardín).

Por sus problemas de índole emocional y perceptual, es recomendable la reducción de estímulos en el hogar. Sin embargo, el hogar es un lugar para que vivan todos los miembros de la familia. No se puede exagerar como se hace en un salón de clases o en un centro de atención psicoterapéutica: tan sólo su habitación y el lugar donde estudia y juega podrían modificarse en este aspecto. Además, depende mucho de la edad de la persona: los niños pequeños requieren de gran cantidad de estímulos, mientras que los jóvenes prefieren un ambiente poco estimulado que les ayude a incrementar su atención y capacidad de concentración en sus tareas.

"La meta no consiste en defender al niño de todos los estímulos, sino en crear un ambiente en el que pueda lidiar correctamente con un número limitado de estímulos."⁹²

"Los padres y los maestros que no están familiarizados con el tipo de ambiente que hemos descrito, preguntan a menudo si no resulta deprimente para el niño. No se ha demostrado que así sea. De hecho, quienes han trabajado con niños en condiciones de reducción de estímulos al mínimo, opinan que puede decirse precisamente lo contrario. Estos niños tienden a verse tan confundidos perceptualmente, que el

ambiente poco estimulante es un lugar en el que pueden descansar, vivir y reorganizarse a sí mismos sin verse amenazados.⁹³

Es preciso hacer hincapié en que los cambios que suceden en la persona con lesión cerebral son lentos y a menudo, nada obvios para quienes mantienen un contacto diario con él. Podrán pasar semanas, meses y hasta años antes de que se observen en él diferencias notables. La mayoría de estas personas puede superar estos problemas, aunque para ellos se requiera mucha paciencia.⁹⁴

3.2.4 Crisis familiar: Las fases del proceso de duelo en la aceptación del hijo con PCI.

Una de las tareas más difíciles en el ámbito de la educación especial es sin duda, la integración del niño discapacitado en el núcleo familiar. En este caso, los padres deben desempeñar también el papel de re-educadores asumiendo la difícil comprensión de que su hijo nunca será como los demás. Esto es el reconocimiento fundamental de los aspectos irreversibles de la lesión.⁹⁵

“Algunos padres enfrentan valerosamente sus problemas y aceptan la situación; otros adoptan una actitud sobreprotectora hacia el hijo, siendo sus expectativas excesivamente optimistas en relación con los resultados que podrán obtener con el tratamiento. Un tercer grupo se divide entre aquellos para los cuales las dificultades prácticas realmente existen y los que oponen resistencia al tratamiento. El tercer grupo se descorazona fácilmente y requiere mucho aliento y apoyo para perseverar.”⁹⁶

No es posible ignorar el sentimiento de frustración y fracaso que muchos padres experimentan en la educación de sus hijos discapacitados. Como bien dice Carlson, tanto los padres como el niño o adolescente esperan el milagro de la cura en un estado de anhelo que predispone desarrollar serios desequilibrios emocionales.⁹⁷

“El problema de la frustración comienza en los padres y se transmite a los hijos, porque el mecanismo es el siguiente: el padre o la madre del espástico comienza por autoculparse del ritmo que observa en su hijo; empieza por aceptar él mismo, que su hijo es diferente y que, incluso, no puede estar en un tono

⁹² CRUICKSHANK, William., *op. cit.*, p. 129.

⁹³ CRUICKSHANK, William., *op. cit.*, p. 129.

⁹⁴ *cfr.*, *idem.*

⁹⁵ *cfr.*, FUNDACIÓN OBLIGADO., *op. cit.*, p. 105.

⁹⁶ *ibidem.*, p. 111.

⁹⁷ *ibidem.*, p. 120.

igualitario con los demás miembros de la sociedad. Este sentimiento se arraiga en el hijo y origina problemas que no debería porqué haber tenido.”⁹⁸

La experiencia de fracaso produce en los padres sentimientos de ira y frustración, por no haber podido establecer lo que debiera ser una relación cálida con su hijo. Se sienten defraudados al no poder someterlo. Se sienten amenazados, pues otros adultos les hablan de lo fácil y maravilloso que fue para ellos la experiencia de ser padres. ⁹⁹ De esta forma, tanto en los padres como en el mismo hijo se va desarrollando un sentimiento de impotencia muy difícil de superar. Asimismo, es inevitable que surjan malas interpretaciones y a su vez, que aparezcan actitudes de rechazo hacia el hijo.

“Será muy difícil conseguir el equilibrio emocional de los familiares marcados por el sufrimiento, por las dudas iniciales sobre la normalidad de sus hijos y, principalmente, por la falta de apoyo y de una buena guía psicológica.”¹⁰⁰

Sin duda, es necesario, tanto para el hijo como para sus padres, buscar ayuda y orientación profesional para la superación y rehabilitación del caso. “La importancia de la experiencia de fracaso es muy grande. Muchos de los estudios hechos por los psicólogos en el campo del aprendizaje humano, indican la importancia de los éxitos como reforzadores y estimulantes de nuevos aprendizajes. El éxito engendra éxito, es un dicho muy trillado, pero muy cierto.”¹⁰¹

Las fases del proceso de duelo.¹⁰²

La confusión que experimentan los padres cuando se dan cuenta o les avisan que su hijo tiene algún problema, ha sido descrita de muchas maneras. La forma de explorar la experiencia, el dolor, la alegría y la frustración se viven en cada familia de manera personal y única. A toda esta experiencia se le conoce como el “Proceso de Duelo” y se le ha dividido en cinco fases.

⁹⁸ cfr., FUNDACIÓN OBLIGADO., op. cit., p. 123.

⁹⁹ cfr., CRUICKSHANK, William., op. cit., p. 28.

¹⁰⁰ FUNDACIÓN OBLIGADO., op. cit., p. 60.

¹⁰¹ CRUICKSHANK, William., op. cit., p. 29.

¹⁰² cfr., SEGAL, Marilyn., op. cit., p. 21-30.

Primera fase: Negación, sufrimiento y pérdida.

“¡No es cierto!”

Todos los padres cuando esperan la llegada de su hijo son vulnerables: se llenan de sueños y expectativas acerca de su futuro. Cuando al fin llega el momento y reciben la noticia del problema, aquel bebé anhelado y perfecto se desvanece en sentimientos de dolor y profunda tristeza. Se pierden las ilusiones como si a la persona que se tiene en brazos no se le conociera.

Segunda fase: Ira y frustración.

“¿Por qué a mí?”

Ya sea que se hayan enterado al nacer o más tarde de que su hijo tenía un problema, todos los padres experimentan sentimientos de ira y frustración: el “¿porqué a mí?”

En ocasiones, la ira que experimentan los padres ante la noticia puede interpretarse como un mecanismo de autodefensa contra la ansiedad y la culpa. Los padres, a su vez, son sensibles ante falta de ética de muchos profesionales (sobre todo médicos y enfermeras) y reaccionan con ira para justificarla.

Los sentimientos de ira que se manifiestan hacia el bebé o la persona con discapacidad son tan comunes como los sentimientos de ira hacia los amigos y miembros de la familia. Los padres se sienten inadecuados, impotentes, cansados, perturbados, agotados para atender las necesidades de su hijo.

Tercera fase: Depresión, temor y soledad.

“Tiempo de llorar...”

Después de la ira y frustración ante la noticia, las familias experimentan un periodo de profunda tristeza y temor ante el futuro de su hijo, repercutiendo muchas veces en un aislamiento temporal de las relaciones sociales.

La vulnerabilidad, ira, frustración, el temor y la depresión, así como la soledad, se describen como una parte del proceso natural de ajuste. Sin embargo, es engañoso pensar que estas fases son pasajeras. Aunque sea en menor grado, los padres y familiares de estos niños y jóvenes los experimentan continuamente.

Cuarta fase: Culpabilidad y autocorrección.

“Tiempo de cambios...”

En esta etapa se desarrollan los sentimientos de culpa. Con mayor frecuencia se culpa al médico o al hospital, se culpan los padres entre sí cuando en realidad todo es obra y producto de la naturaleza, del ser que por voluntad de Dios se hizo y vino al mundo.

Los padres están furiosos con el médico y sobre todo, con ellos mismos. Repasan continuamente el embarazo, encontrando a su paso gran cantidad de pros y contras sin fundamento.

El sentirse culpable no mejorará nada; cuando se experimenten esta clase de sentimientos es recomendable hablar con un buen consejero o consultor familiar.

Quinta fase: La reconciliación o aceptación.

“Tiempo de actuar...”

A pesar de todas las experiencias penosas y sentimientos conflictivos que viven los padres en la relación diaria con su hijo, todos ellos también experimentan y disfrutan los buenos tiempos. Es aquí donde se puede afirmar la aceptación del hijo por amor a su ser, independientemente de su discapacidad.

La experiencia de muchos profesionales dicta que ante el impacto del diagnóstico, los padres que se enteraron inmediatamente de que su hijo sufría algún problema o lesión cerebral, parecieron estar menos traumatizados que los que se enteraron más tarde. Para ellos, el primer descubrimiento es un mal momento, no un trauma continuado.

Antes de llevar a cabo un programa de orientación y rehabilitación para la persona con PCI, el profesional debe ubicar la fase del proceso no superada por la familia, y a partir de ahí, orientar y dirigir el programa con las recomendaciones correspondientes.

3.3 La adaptación del centro educativo y las distintas opciones para la enseñanza académica.

El centro educativo o escuela es la segunda institución social (la primera es la familia) encargada de proporcionar educación a la persona. También es una comunidad de personas que establecen relaciones entre sí. Sin embargo, su función no es tan amplia como la de la familia; se limita únicamente a satisfacer las necesidades intelectuales, físicas y sociales del individuo en coordinación con la anterior.

“Resulta alentador, después de los síntomas y problemática que caracteriza a los sujetos afectados de PC (...), que puedan seguir una escolaridad y estudios primarios, secundarios e, incluso, universitarios siempre que les proporcionemos los recursos adecuados.”¹⁰³

Como se dijo en el capítulo anterior, la finalidad de la educación especial es tratar de reconducir al educando, lo más pronto posible, hacia la educación normal o regular, para evitar así su aislamiento y discriminación del resto de sus compañeros.¹⁰⁴

Separar a estas personas de la educación normal sería una injusta segregación pedagógica; sería reducir al máximo sus expectativas obstaculizándoles la oportunidad de desarrollarse integralmente en la sociedad.

“A nivel educativo, son niños que, en general, necesitan una educación especial o compensatoria, lo que no supone necesariamente que sean niños que deban estar en un centro o escuela especial.”¹⁰⁵ Según nuestra actual legislación y ordenación del sistema educativo, son personas que pueden estar escolarizadas regularmente y de preferencia, en aulas adaptadas a su discapacidad.

La idea de integración tiene sus raíces en la educación personalizada. Se trata de dar mayor importancia a los aspectos diferenciales del educando con requerimientos especiales, al mismo tiempo que se procura satisfacer la educación de todos los alumnos.

¹⁰³ MOLINA G., Santiago., op. cit., p. 356.

¹⁰⁴ cfr., POLAINO-LORENTE, A., op. cit., p. 46.

¹⁰⁵ MOLINA G., Santiago., op. cit., p. 355.

Sin embargo, la integración de la persona con PCI al sistema educativo regular, supone algunas condiciones¹⁰⁶:

- ✓ que el proceso de integración comience tan precozmente como sea posible, y de forma gradual y permanente.
- ✓ que cuente con los servicios de apoyo requeridos por las necesidades de los distintos alumnos, tanto para atender al niño como al profesor ordinario.
- ✓ que se elaboren programas específicos, con base en una didáctica especial, para el desarrollo individual de cada niño con la participación y el consenso de los padres y profesores.

Para fundamentar lo anterior, el filósofo y pedagogo, Aquilino Polaino-Lorente afirma: "Siempre y cuando se considere que las deficiencias o minusvalías así lo permiten, debe facilitarse la integración del niño excepcional en la escuela ordinaria, donde puede ser un miembro más -igual a los demás-, sólo que recibe una enseñanza diferenciada (destinada a educarle respetando sus diferencias y en función de cuáles sean éstas) o incluso compensatoria (destinada a equilibrar distintos aspectos en la educación de la persona, no siempre igualmente favorecidos) y no sólo una educación rehabilitadora (que trabaja con los aspectos menos desarrollados de la persona) y siempre y en cualquier circunstancia una educación que más o menos especializada acabe por ser personalizada."¹⁰⁷

A la persona con lesión cerebral y en concreto PCI, no siempre se le debe inscribir como interno en una escuela, aunque en algunos casos sea lo más indicado. En la actualidad se cuenta con la opción del sistema de educación abierta, que ofrece una enseñanza individualizada. Este sistema se elaboró con base en el modelo de Escuela no graduada, actualmente implementadas en países industrializados como EUA y Canadá. El objetivo de estas escuelas, es la organización de un plan de estudios no en función del grupo, sino en función del individuo. El programa se realiza en diferentes niveles de acuerdo con lo que cada estudiante puede lograr.¹⁰⁸ Sin embargo, una limitante (o ventaja) de estas escuelas es que solamente funcionan en grupos formados por menos de 20 alumnos.

¹⁰⁶ cfr., POLAINO-LORENTE, A., op. cit., p. 65.

¹⁰⁷ idem.

¹⁰⁸ GARCÍA HOZ, Víctor., Pedagogía sistemática., p. 416.

La didáctica empleada en estos casos puede favorecer u obstaculizar el aprendizaje. Eduardo Molina, James R. Patton y William Cruickshank por separado, hacen una serie de recomendaciones para la adaptación del medio escolar en la educación de la persona con lesión cerebral.

- En el ámbito educativo y pedagógico será necesario utilizar recursos didácticos que ayuden y neutralicen los problemas motóricos de los niños.
- Para incorporar a estos niños a la escuela regular se necesita más que contar con edificios accesibles. Esta tarea implica preparar a la escuela como un todo para que sea posible esta integración.
- El salón de clases para el niño con lesión cerebral debe ser una unidad autónoma. Para facilitar su aprovechamiento y desplazamiento, se debe procurar que todas las actividades del día escolar deben llevarse a cabo en el aula.
- Más que proporcionar instrumentos protéticos al niño que le permitan adaptarse al mundo normal, lo que se necesita es que los adultos modifiquen el ambiente para satisfacer sus necesidades. Esta modificación será necesaria durante todo el tiempo que se requiera para que este tipo de niño aprenda a hacer frente a las demandas de la sociedad. Por lo tanto, debemos ajustar la enseñanza a las necesidades educativas especiales, trazando programas que tomen en consideración esa incapacidad. No debemos perder de vista nunca la naturaleza del impedimento del niño o sus concomitantes para los ajustes del ambiente.
- Como ya se había recomendado, el primer requisito y tal vez el más importante que debe tomarse en cuenta en el hogar, es la reducción de estímulos. Por lo general, la persona que padece lesión cerebral se encuentra sobre-estimulada y no puede apartar su atención de todos los detalles. Sus energías se utilizan para reaccionar a cualquier cosa que entre en relación con cualquiera de sus sentidos.
- El aspecto más importante de la educación del niño con daño cerebral, tanto en el hogar como en la escuela, es el de la experiencia de éxito. Tiene importancia capital para la realización de este fin, el control del ambiente.
- Hay un gran potencial de fracaso cuando existe tensión y los maestros deberán poner mucho cuidado en que los trabajos asignados a los niños en ese momento se desempeñen con éxito.

3.3.1 La relación familia-escuela.

A veces, parece que los contenidos que se enseñan en la escuela o centro educativo son contradictorios a los que se enseñan en el hogar bajo el lecho familiar. De aquí se desprende, la importancia de contar con el apoyo de los padres, animándolos a cambiar de actitudes, si así lo exigiera el programa diseñado.¹⁰⁹

“Los padres son los educadores natos. Y este deber y derecho es de orden natural por haberles dado la vida. Las demás instituciones que realizan la función educadora lo hacen por delegación de la familia, subsidiariamente.”¹¹⁰ También es la familia la que más tiempo influye en el individuo. La escuela, encargada de preparar y formar al niño, adolescente o joven será la que elijan sus padres. Como se observa, el influjo familiar es no sólo el primero, sino el de más duración para el alumno.

“La Escuela necesita de los padres. Ellos suministrarán los conocimientos precisos y preciosos sobre la vida del hijo, requisito para una actuación adecuada; ellos ayudarán para completar la labor escolar en aquellos puntos que la escuela lo requiere y, no obstante, no puede llegar.”¹¹¹

Los padres son un segmento importantísimo en lo que corresponde a la rehabilitación de la persona con PCI. Ellos mantendrán la obligación de ayudar en gran parte para que las experiencias del niño en el hogar sean acordes a las actividades que se realicen en la escuela. Para ésto, es preciso que conozcan y comprendan los programas que se llevan a cabo el centro educativo, siendo muy útiles sus aportaciones y sugerencias al respecto.¹¹²

“Y, a su vez, los padres necesitan de la Escuela, porque tampoco ellos pueden llegar a todo, porque no están preparados ni didáctica ni pedagógicamente, porque no disponen de todo el tiempo que pide una educación sistemática y científicamente planeada. Ambos, padres y colegio, han de colaborar, han de prestarse ayuda, han de prolongarse los unos en los otros, han de potenciarse con una acción recíproca.”¹¹³

¹⁰⁹ cfr., POLAINO-LORENTE, A., op. cit., p. 251.

¹¹⁰ FERRINI, Rita., Ciencias de la educación., p. 129.

¹¹¹ BUCHON S., Consuelo., Pedagogía., p. 182.

¹¹² cfr., CRUICKSHANK, W., op. cit., p. 168.

¹¹³ BUCHON S., Consuelo., op. cit., p. 182.

3.4 El pronóstico y las expectativas para la persona con PCI.

Es natural que los padres de personas discapacitadas se cuestionen sobre el futuro de sus hijos. En relación con esto, se puede afirmar que el pronóstico depende de varios factores:

- a. La detección temprana del problema
- b. La situación económica de la familia
- c. Los servicios médicos, educativos y conexos de la comunidad a la que pertenece
- d. La actitud de padres y hermanos
- e. La preparación profesional de profesores y especialistas
- f. La sensibilización de la sociedad

“La demora en el reconocimiento del problema da como resultado situaciones que a veces son más de lo que un buen maestro o niño bien dispuesto pueden superar.”¹¹⁴

En la actualidad, se cuenta con instrumentos de diagnóstico muy eficaces para detectar algún tipo de lesión cerebral. La importancia radica en que si se descubre a tiempo el problema y se da comienzo oportuno a los programas educativos, la mayoría de estos niños puede llegar a la adolescencia y ser funcionales, lo que les permitirá reintegrarse a un programa educativo propio a su edad cronológica.

“La meta de colocación educativa de un niño con daño cerebral cuyo nivel de inteligencia sea normal o esté por encima de lo normal será el grupo regular en la escuela del barrio -dice William Cruickshank al respecto- las claves para la realización de estas metas son el descubrimiento oportuno, la estimación entre varias disciplinas y la aplicación de métodos educativos adecuados.”¹¹⁵

Las objetivos deberán fijarse siempre individualmente. El tiempo que se requiera para llevar a cabo un programa de educativo dependerá de la persona con PCI, del carácter de su problema, de la eficacia de la psicoterapia y del asesoramiento de los padres en caso de ser necesario.

¹¹⁴ CRUICKSHANK, W., *op. cit.*, p. 307.

¹¹⁵ *idem.*

La tarea fundamental de las escuelas será prepararlos para un ajuste personal satisfactorio y para que puedan ocupar un lugar digno en la sociedad a cualquier nivel en el que puedan funcionar.

Como dijimos antes, algunas personas necesitarán programas educativos separados y especializados en secundaria y preparatoria. Los muchachos que así lo requieran, serán a menudo aquellos cuyo ingreso en el programa de educación especial se efectuó tardíamente.

Con un programa concebido en función de la naturaleza de la lesión, se le ofrecerá algo más que una simple posibilidad de pasar a ocupar su lugar en una sociedad adulta en la que se le querrá por las contribuciones que pueda realizar al mundo económico y social.¹¹⁶

3.4.1 El lado oscuro de la parálisis cerebral.

Hemos hablado ya de las expectativas y posibilidades de desarrollo que tiene una persona con PCI en la sociedad actual. Sin embargo, las implicaciones físicas y psicológicas que conlleva su discapacidad acarrearán problemas graves y muchas veces, sin solución.

La adolescencia, como vimos anteriormente, se caracteriza por un estado de inestabilidad y desequilibrio emocional. El descubrimiento, conocimiento y afirmación del yo son una fuerza importante y rectora de la conducta y del ajuste de sí mismos.

La inmadurez del adolescente con alguna lesión cerebral (en este caso PCI) y su incapacidad física suelen ser demasiado para él. La mayoría de sus intentos terminan en fracasos. Sus fallas atraen sobre él una atención de carácter negativo. Este ambiente doloroso de expresiones faciales, actitudes y comentarios no sirven como motivadores. Los adolescentes minusválidos desean la respuesta cálida y positiva por parte de su familia y la sociedad en general a sus acciones.

Si el adolescente con parálisis cerebral se concibe a sí mismo como un fracaso, se conducirá de acuerdo a esa idea. Si se concibe como alguien que está a merced de los adultos, sobre los que no tiene control alguno, se conducirá del modo que más protección le de para poder sobrevivir psicológicamente.¹¹⁷

¹¹⁶ CRUICKSHANK, W., *op. cit.*, p. 310

¹¹⁷ *cfr.*, *ibidem.*, p. 80

Ahora imaginemos a los adolescentes y jóvenes discapacitados que pese a sus limitaciones y necesidades físicas, sociales y de comunicación, se desenvuelven diariamente dentro de la sociedad mexicana actual.

- ✓ Se sienten ajenos al medio al que pertenecen, ya que la sociedad no cuenta con los recursos necesarios ni adecuados.
- ✓ Los trastornos asociados con su lesión les impiden, la mayoría de las veces, establecer buenas relaciones interpersonales.
- ✓ Por la razón anterior, se les excluye de ciertos privilegios y derechos.
- ✓ Desean, y se les obstaculiza para que puedan.
- ✓ Se les exige un proyecto de vida, y se les imponen todas las restricciones posibles.
- ✓ La inestabilidad y el desequilibrio emocional normal para su edad cronológica, es malinterpretado como conductas anormales debidas a algún trastorno psicológico o mental.

En muchos casos, el único escape o mecanismo de defensa que les queda a su alcance es el suicidio. Según las estadísticas del INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática), el índice de suicidios (consumados e intentos) más alto que se registra en el año 2001, fluctúa en un rango correspondiente a los 15 y 24 años de edad; siendo en su mayoría hombres. Las principales causas son:

Orgánicas: Lesiones cerebrales, trastornos en el metabolismo y malformaciones físicas.

Psicológicas: Depresión, esquizofrenia, problemas de identidad sexual y personalidad.

Sociales: Situación económica y jurídica, problemas familiares, escolares, comunitarios.

Si analizamos un poco el diseño y la infraestructura de nuestra sociedad actual, nos daremos cuenta de las terribles carencias y necesidades que tiene para las personas con discapacidad. Es necesario que el Estado y todas las instituciones humanas se sensibilicen para crear leyes y estructuras que protejan y ayuden a estas personas.

Dada la información básica correspondiente para el encuadre, procederemos a la descripción del diagnóstico y tratamiento del estudio que nos en esta investigación.



CAPÍTULO 4

DERIVACIÓN PRÁCTICA

“La Pedagogía Terapéutica como instrumento para la formación de hábitos de estudio en una adolescente con parálisis cerebral infantil”



“Cuando los retos son grandes, las satisfacciones son del mismo tamaño”

Patricia Arellano, 1995

DERIVACIÓN PRÁCTICA

“La Pedagogía Terapéutica como instrumento para la formación de hábitos de estudio en una adolescente con parálisis cerebral infantil”

4.1 Planeación del estudio de caso.

4.1.1 Descripción de la problemática

Una adolescente parapléjica con PCI de 16 años de edad, pretende cursar el nivel de educación secundaria. Sin embargo, su baja autoestima y la contaminada relación con el medio en que se desarrolla se han convertido en obstáculo principal para lograr un rendimiento académico satisfactorio.

Hasta el momento, sus padres le han efectuado varios estudios médicos y psicopedagógicos para comprobar que la extensión de la lesión cerebral ha provocado trastornos neurológicos y psicológicos más severos. Sin embargo, los estudios hasta ahora realizados revelan que esta adolescente se encuentra en óptimo estado de salud física y mental, con las características y necesidades propias de una adolescente con PCI. El pronóstico entorno a esta problemática es optimista y revela que, pese a sus dificultades en el aprendizaje secundarias a la PCI, puede y debe llevar a cabo una vida normal con un nivel de rendimiento satisfactorio.

Actualmente, la dinámica familiar es difícil. Los padres expresan estar insatisfechos con los estudios y terapias hasta ahora realizados; continúan buscando otras opiniones al respecto. Han considerado la opción de trasladar a su hija a un centro de recuperación en el extranjero, donde pueda continuar sus estudios con una atención adecuada a sus necesidades.

Por su parte, la adolescente manifiesta su oposición respecto a la sobreprotección de sus padres, mediante un comportamiento negativo y poco apto para su edad cronológica.

4.1.2 Formulación de la hipótesis.

La adaptación, funcionalidad y rendimiento escolar satisfactorio de una adolescente con parálisis cerebral al medio no depende de sus limitaciones físicas, mentales o de aprendizaje; sino de un apoyo multidisciplinario en donde intervienen los padres, médicos, profesionales y la sociedad misma. Su proceso de educación o rehabilitación debe adaptarse a las características y necesidades particulares de los mismos, apoyado por todos aquellos profesionales también involucrados.

4.1.3 Objetivo general

Con base en los principios de la Pedagogía Terapéutica se pretende que una adolescente con PC. curse y concluya sus estudios de educación secundaria satisfactoriamente. Asimismo, se pretende comprobar que la aceptación incondicional de la persona con parálisis cerebral, la adaptación del ambiente a sus necesidades particulares y la aplicación de instrumentos y actividades significativas en su desarrollo, contribuyen al rendimiento escolar satisfactorio de la adolescente que la padece.

4.1.4 Identificación de las variables independientes.

Estas variables son aquellas sobre las cuales el educador no ejerce control alguno, pero puede influir sobre ellas durante la realización de su tarea. Las variables que a continuación se enlistan, se clasificaron en:

I. Personales

II. Familiares

III. Escolares

IV. Sociales

I. Personales.

a) Ficha de Identificación personal

FICHA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL	
Fecha: Febrero, 1995	
México, D.F.	
NOMBRE: LGB	EDAD: 16 años 10 meses
FECHA DE NACIMIENTO: 19/04/78	NACIONALIDAD: Mexicana
SEXO: Femenino	ESTADO CIVIL: Soltera
LENGUA MADRE: Español	SEGUNDO IDIOMA: Inglés
ESCUELA: CCG	ESCOLARIDAD: 1o. de Secundaria
ESTATURA: 1.54 m.	PESO: 40 kg.
COMPLEXIÓN: Delgada	TIPO DE SANGRE: Rh O - (negativo)
ALERGIAS: Penicilina	ESTADO DE SALUD EN GENERAL: Bueno
CAPACIDAD VISUAL: Deficiente	CAPACIDAD AUDITIVA: Normal
DEFICIENCIAS ORGÁNICAS: PCI espástica por lesión encefálica prenatal con extensión parapléjica. Estrabismo y nistagmus con predominio en el ojo izquierdo.	
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: 2	TIPO: Ortopédicas
ASPECTO FÍSICO: Tez blanca, ojos verdes y cabello castaño muy claro.	
DEPORTE: Nada con delfines	FRECUENCIA: Una vez por semana (1 hr.)
NOMBRE DE LA MADRE: PBC	NOMBRE DEL PADRE: EGP
EDAD: 42 años NACIONALIDAD: Mexicana	EDAD: 45 años NACIONALIDAD: Mexicana
PROFESIÓN: Pintora	PROFESIÓN: Ingeniero
OCUPACIÓN: Pintora	OCUPACIÓN: Empresario
No. DE HERMANOS: Ninguno	

b) Historia prenatal y de parto

Diagnóstico: Embarazo de alto riesgo por contracción pélvica e infección del líquido amniótico.

Según la información obtenida, la madre de LGB tiene como antecedente dos abortos: el primero un año antes del nacimiento de su hija, y el segundo tres años y medio después.

En cuanto al periodo gestacional, se reportan algunos sangrados irregulares. Aparentemente, en el primer mes de embarazo presentó un sangrado menstrual regular, y uno menos abundante los siguientes dos meses; lo que la hizo suponer que estaba embarazada. Durante este tiempo, se le administró progesterona para detener el sangrado.

A partir del tercer mes, se presentaron algunas contracciones irregulares. En el cuarto mes, la madre presentó una infección en las vías urinarias para lo cual se le prescribió medicamento. Medio mes después, se le diagnosticó diabetes tipo A, lo que le provocó un aumento de peso de aproximadamente 10kg.

En el quinto mes de gestación las contracciones se intensificaron, se recomendó reposo absoluto y se le dio medicamento para el asma bronquial. Se reportó un lento movimiento fetal.

El trabajo de parto inició espontánea e irregularmente a los 7 meses con 2 semanas de gestación y duró aproximadamente 56 horas con presencia de contracción pélvica e infección del líquido amniótico. Aparentemente, el bebé se encontraba en posición normal y sin complicaciones.

Durante el alumbramiento, fue necesaria la aplicación de fórceps. La niña nació con un peso de 1.8kg., no lloró al nacer, se registra una leve hipoxia y bajo nivel de azúcar en la sangre; así como la presencia de un hematoma en el extremo izquierdo de su cabeza. Permaneció en el hospital durante cuatro días dentro de una incubadora y fuera de ella algunas semanas más. No se tienen datos de algún tipo de diagnóstico en ese momento, ni de su apgard. No se registran problemas durante el periodo neonatal ni postnatal.

c) Desarrollo psicobiológico.

Diagnóstico: Parálisis cerebral infantil con sintomatología espástica y extensión parapléjica.
Problemas de aprendizaje secundarios en el área cognoscitiva, psicomotora y afectivo-emocional.

En cuanto a su desarrollo normal, LGB sostuvo la cabeza a los tres meses de edad y aproximadamente a los cuatro comenzó a localizar sonidos. A los 6 o 7 meses ya se impulsaba para ponerse de pie; a los nueve le salió su primer diente y comenzó a rodar sobre su mismo eje. Sus primeras palabras las pronunció a los 14 meses de edad y a los 2 años ya construía oraciones. Controló esfínteres sin ningún problema a la edad de 2 años. Referente a su temperamento, no se registran aspectos importantes. En general, fue una niña sana, muy tranquila y risueña que podía dormir de 6 a 7 horas seguidas y a la cual se le podía alimentar sin complicaciones.

El interés de los padres por establecer un diagnóstico preciso se debió a un notable retardo en su desarrollo locomotor: La niña se sentó con ayuda a la edad de 6 meses y por sí sola hasta los doce; gateó a los 18 meses de edad y en forma atípica. Se observaba un bajo balance y tono muscular. Caminó a los 2 años 10 meses y en "puntillas". Por breve tiempo se le estuvo dando fisioterapia.

El primer estudio que se le aplicó fue la Tomografía Craneoencefálica Axial Computarizada (TAC), la cual reveló una lesión cortical y subcortical craneoencefálica con predominio del temporal izquierdo. Sin embargo, no se diagnosticó algún padecimiento en concreto. El cariotipo y el examen audiométrico fueron normales.

A los 2 años de edad, un neurólogo interpretó los estudios y, a través de su propia observación, comprobó el diagnóstico de PCI Inmediatamente se reanudó la fisioterapia. Asimismo, se le recomendó intensa estimulación sensorial durante su infancia y el empleo de aparatos ortopédicos para su desplazamiento.

A partir de los 18 meses hasta los 5 años de edad practicó la natación. A los 3 años y por recomendaciones terapéuticas, se le inscribió en gimnasia olímpica donde permaneció hasta los 5 años. Se cambió 2 veces de fisioterapeuta.

Se realizaron dos estudios ortopédicos en el extranjero. El diagnóstico y pronóstico fueron satisfactorios. No se registraron trastornos mentales ni algún otro tipo de actividad neurológica.

A los 7 años de edad logro vestirse sin ayuda, pero no logró atarse las agujetas sino hasta los 12 años. Asimismo, no se reportan padecimientos importantes durante la infancia. A la fecha, se le han practicado cinco cirugías ortopédicas orientadas a corregir la marcha y la postura, pues esta última tiende a encorvarse.

Su desarrollo físico-biológico durante la adolescencia ha sido normal. Sin embargo, su desarrollo psicológico se encuentra alterado. Presenta fuertes crisis depresivas y estados psicóticos frecuentes.

Durante su infancia, y parte de la adolescencia, se le han realizado varios estudios psicopedagógicos para establecer sus facultades y deficiencias predominantes. En resumen, los resultados de los estudios realizados son, hasta ahora, los siguientes:

Área cognoscitiva

FUNCIONAL

- ✓ Coeficiente intelectual: Término medio
- ✓ Potencial intelectual: Brillante
- ✓ Comprensión verb.al: Superior al término medio
- ✓ Buena percepción auditiva
- ✓ Se puede comunicar en forma verbal, no verbal, gráfica y escrita.

DISFUNCIONAL

- Dificultad en el lenguaje expresivo, lo cual se refleja en la dificultad para llevar a cabo una correcta secuencia y construcción gramatical en una conversación, ya que presenta problemas en la elección de vocabulario (semántica), y utilización correcta dentro de la oración (pragmática).
- Dislexia (problemas de fluidez y comprensión de la lecto-escritura)
- Disotrografía
- Discalculia
- Disartria (muy leve)
- Problemas de atención y concentración
- Desorganización perceptual visual

Área afectivo-emocional

FUNCIONAL	DISFUNCIONAL
✓ Deseo consciente de superación, acercamiento y ayuda; así como de logros intelectuales_	<ul style="list-style-type: none"> • Labilidad afectiva • Dificultad para establecer relaciones de afecto profundo y duradero, manejando de manera forzada relaciones que la proveen de protección y apoyo • Intenso temor ante situaciones nuevas con apreciación subjetiva del medio que la rodea • Imagen corporal fragmentada e infravalorativa • Aislamiento • Rechazo a la autoridad • Sadismo y masoquismo interior con tendencia autodestructiva • Intenso temor ante la sexualidad, viendo al sexo raro, feo y peligroso • Deficiente autoestima • Disforia • Impulsividad • Agresividad • Obsesividad • Desobediencia patológica • Conducta hiperquinética: habla sola, grita, llora y deambula frecuentemente durante el día; trastornos del sueño • Baja tolerancia a la frustración

Área psicomotora

FUNCIONAL	DISFUNCIONAL
✓ Puede caminar y mantener el equilibrio por sí sola	<ul style="list-style-type: none"> • Demuestra dificultades para desplazarse y para hacer movimientos de coordinación motriz muy fina • Deficiente control de la postura • Fuerza física vigorosa

Sintetizando, a LGB se le diagnosticó PCI a la edad de 2 años. A pesar de su padecimiento es capaz de desplazarse por sí sola y de mantener el equilibrio. Hasta el año de 1995 que fue cuando inició el tratamiento pedagógico terapéutico, se le habían practicado dos cirugías ortopédicas. Ha estado varias veces en terapia ocupacional, psicológica y regularización académica con resultados poco satisfactorios. Los pronósticos acerca de su desarrollo y funcionalidad han sido optimistas. LGB se encontraba hace diez años en óptimas condiciones para llevar a cabo una vida normal.

II. Familiares

Estas variables hacen referencia a la situación dentro del hogar de la adolescente. Según los datos proporcionados por los padres durante la entrevista, la situación es conflictiva.

LGB es hija única y está por cumplir los 17 años de edad. El medio cultural y socioeconómico donde se desenvuelve es alto. La casa donde viven actualmente cuenta con todos los servicios; es pequeña e independiente, consta de un sólo piso con 3 recámaras, una cocina, sala y comedor. Además, tiene un patio que sirve de cochera por las noches. En cuanto al servicio doméstico, cuentan con una servidumbre de tiempo completo y chofer.

La habitación de la adolescente es amplia, fría y húmeda. Cuenta con baño propio acondicionado con barandales dentro de la regadera para sostenerse. Se encuentra dividida en dos partes: una poco iluminada donde se sitúa la cama, un guardarropa y un librero; y otra con más luz donde está el escritorio, la computadora y una serie de repisas y tubos que sirven como un segundo guardarropa. Además, cuenta con televisor, audiograbadora, bicicleta fija y varias columnas de cuentos, enciclopedias, libros y revistas; tiene a su alcance un pizarrón de corcho donde coloca los dibujos, recados y cosas que le agradan.

En cuanto a la dinámica que se desarrolla dentro del hogar, los padres experimentan una notable confusión respecto al desempeño funcional de su hija; así como temor ante el futuro. Se ha adoptado junto con el servicio doméstico, una actitud sobreprotectora que justifica segundo a segundo su comportamiento en todo momento con el propósito de enseñarle a manipular el medio para beneficio propio. Actualmente, LGB actúa con gran dependencia hacia sus padres (sobre todo la madre) y personal doméstico. Se le baña, viste y arregla de pies a cabeza. No existe una disciplina alimenticia ni programación diaria de actividades. La mayor parte del tiempo LGB. escucha música, baila, canta, ve la televisión o duerme. Con relativa frecuencia, su estado emocional se altera fácilmente y entra en diversos estados de crisis. Sus reacciones ante los estímulos, tanto positivos como negativos, son intensas.

La imagen de ambos padres se encuentra alterada. La comunicación con su madre, con la que convive la mayor parte del tiempo, es más difícil que con el padre. Se observa una conducta defensiva de la adolescente con respecto a ella, la cual la madre la justifica como una desorganización lógica y perceptual debidas su lesión cerebral.

Los estudios psicopedagógicos han revelado que la situación familiar es el factor principal de conflicto, la cual repercute en el pensar y actuar de la adolescente. En general, se puede decir que los canales de comunicación con los padres están fuertemente contaminados por afectos mal entendidos. Existen expectativas falsas y confusas que traen como consecuencia la interrupción de los tratamientos médicos y terapéuticos, asumiendo actitudes poco favorables para su desarrollo integral. Se le ha dado más importancia al aspecto físico que al aspecto emocional e intelectual. Existe un problema de identificación en ambas partes, barreras de comunicación e importante confusión ante el estado físico y mental de la adolescente.

III. Escolares

El historial académico de esta adolescente comprende una amplia lista de colegios y centros educativos como resultado de una incesante búsqueda por el "mejor" lugar o el que más se adaptara a sus necesidades.

Su educación preescolar duró 4 años y desde entonces, ya se registraban dificultades de desplazamiento, atención y concentración. En la escuela primaria estos problemas comenzaron a acentuarse. Ella empezó a presentar apatía general por el estudio y bajo rendimiento. Tenía dificultad con la lecto-escritura, la expresión oral y las matemáticas. Sin embargo, se observó siempre un buen nivel de Inglés e inclinación especial hacia el idioma. Inició con clases de regularización académica por las tardes y, aunque pudo cursar la Primaria en un período normal de 6 años, los resultados fueron siempre poco satisfactorios.

Con el ingreso a Secundaria los problemas escolares aumentaron y su estado emocional se alteró notablemente. En 1992 inició el primer semestre de 1° de secundaria, pero fue insatisfactorio y ya no continuó. En casa siguió con sus clases particulares y en ocasiones asistía al colegio de oyente sin derecho a acreditar el curso. En 1993 sus padres decidieron inscribirla a un colegio de Educación Especial pensando que se adaptaría mejor a su ritmo y necesidades especiales. Pero sólo produjo aislamiento y el inicio de una conducta impropia que imitaba de sus compañeros de clase. En esta ocasión se recurrió a un psiquiatra, quien le prescribió terapia psicológica pero no tuvo éxito.

Fue entonces cuando en 1995 se le dio la opción de ingresar al sistema abierto de educación secundaria para continuar sus estudios y concluirlos, asistiéndola vespertinamente con una terapia psicopedagógica.

IV. Sociales

Este tipo de variables describen brevemente la situación de las relaciones sociales y familiares extensas. LGB ha extendido su conducta patológica hacia otras personas que la frecuentan, lo cual explica el estado de aislamiento y poca sociabilidad en que se encuentra. Por su historial académico, no ha podido establecer relaciones duraderas con personas de su edad; su aislamiento tampoco ha favorecido sus relaciones familiares ni sociales. Su situación familiar dentro del hogar ha repercutido en la forma de trato de los demás con respecto a ella y viceversa.

Teniendo como base este diagnóstico, a continuación, se hará referencia al tratamiento pedagógico terapéutico que se llevó a cabo para regularizar académicamente a esta adolescente con PCI dentro del sistema abierto de educación secundaria.

4.2 La Pedagogía Terapéutica en la formación de hábitos de estudio.

Tomando en cuenta las variables independientes, relacionadas con los instrumentos y recursos empleados durante las sesiones; se diseñaron actividades y se eligieron técnicas que le facilitaran el aprendizaje de acuerdo a sus NEE.

Cabe señalar que, aunque el objetivo principal fue elevar el nivel de rendimiento académico para su desarrollo escolar satisfactorio, también se le apoyó en la formación de hábitos personales y habilidades sociales.

VARIABLES	NECESIDADES	ESTRATEGIAS	RECURSOS DIDÁCTICOS
I. PERSONALES	<ul style="list-style-type: none"> * Rehabilitación en sus problemas de aprendizaje; así como el desarrollo de distintas habilidades intelectuales. * Autonomía y confianza en su capacidad funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> * Instalar mecanismo de autocorrección en la planeación, realización y evaluación de los procesos psicológicos. * Mejorar la percepción visual, auditiva, comprensión y expresión del lenguaje oral y escrito, resolución de problemas, ejercitación de la memoria, la atención y el razonamiento lógico abstracto y numérico. * Desarrollo de la creatividad y destreza manual. * Superar las propias limitaciones, a través de una formación correcta de la imagen corporal, para llevar a cabo actividades cotidianas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Juegos de mesa * Rompecabezas * Videojuegos educativos * Ejercicios psicométricos sobre estrategias de aprendizaje. * Empleo de películas y lecturas para la realización de tareas que impliquen secuencias lógicas. * Actividades plásticas. * Reconocimiento y aceptación de las destrezas y limitaciones por la forma y funcionalidad de su cuerpo.

VARIABLES	NECESIDADES	ESTRATEGIAS	RECURSOS DIDÁCTICOS
	<ul style="list-style-type: none"> * Elevación de la fuerza y tonicidad muscular. * Autocontrol * Autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> * Toma de decisiones * Fisioterapia * Orientación en la expresión de sentimientos y estados de ánimo. * Formación de la personalidad. * Introducción y orientación de valores y virtudes. * Proyección de metas a corto, mediano y largo plazo. * Orientación vocacional * Desarrollo de relaciones interpersonales. * Formación de la sexualidad. 	<ul style="list-style-type: none"> * Ejercitación de brazos, manos, tronco y cabeza en compensación de piernas y pies. * Libre elección de visitas, accesorios y actividades para la terapia. * Control de la postura * Ejercicios de relajación y extensión muscular: nadar, bicicleta fija, etc. * Control de los estímulos del medio que perturban su atención. * Ejercicio de hábitos de higiene y arreglo personal. * Disciplina en actividades cotidianas y alimenticias. * Hacer énfasis en la elaboración de una crítica constructiva. * Logros académicos y personales * Inicio en una actividad productiva y remunerada que llame su atención y le interese. * Elaboración de un proyecto de vida.

VARIABLES	NECESIDADES	ESTRATEGIAS	RECURSOS DIDÁCTICOS
	<ul style="list-style-type: none"> * Control visceral de la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> * Farmacoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> * Fomento y orientación de dichas relaciones. * Instrucción y educación sexual. * Antidepresivos * Relajantes musculares
II. FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> * Reintegración familiar. * Disminución gradual de la sobreprotección. 	<ul style="list-style-type: none"> * Terapia familiar * Entrevistas periódicas * Disciplina en el hogar * Orientación conyugal 	<ul style="list-style-type: none"> * Orientación del pronóstico. * Saneamiento de las vías de comunicación. * Proceso de separación paterno-filial: ruptura de lazos sobreprotectores y de excesiva dependencia. * Apoyo y capacitación en patrones de vida independiente que favorezcan la confianza dentro y fuera del hogar. * Establecimiento de normas y sanciones dentro del hogar. * Formación como pareja.
III. ESCOLARES	<ul style="list-style-type: none"> * Elevación del rendimiento académico. 	<ul style="list-style-type: none"> * Ingreso a un sistema abierto de educación secundaria. * Asesoría individual en la regularización académica. 	<ul style="list-style-type: none"> * Repaso * Formación de hábitos de estudio * Aclaración de dudas * Preparación para exámenes.

VARIABLES	NECESIDADES	ESTRATEGIAS	RECURSOS DIDÁCTICOS
IV. SOCIALES	* Participación activa en la sociedad.	* Socialización * Fomentar la actitud de servicio.	* Visitas guiadas a museos, tiendas, parques de diversiones y lugares de interés. * Orientación en el establecimiento de relaciones interpersonales heterosexuales. * Ingreso a un grupo juvenil de servicio social.

4.2.1 Recursos didácticos para la corrección y formación de hábitos de estudio.

LIBROS PARA LA ESTIMULACIÓN DE HABILIDADES DE LA INTELIGENCIA.

a) PROGRESINT 21	Atención y Observación Ciclo Medio/Nivel 3 Ed. CEPE	<u>Objetivo:</u>	* Desarrollar la percepción visual y auditiva, basado en las leyes de la Gestalt: Constancia, Cierre, Movimiento, Agrupación, Intensidad, Continuidad y Contraste.
		<u>Contenido:</u>	* Agrupación por semejanzas * Percepción de relevancias * Comparaciones * Rompecabezas * Figuras superpuestas * Complementación de figuras

b) PROGRESINT 22	Memoria y Estrategias de Aprendizaje Ciclo Medio/Nivel 3 Ed. CEPE	<u>Objetivo:</u>	* Desarrollar técnicas y hábitos de estudio. * Desarrollar la memoria visual y auditiva a corto, mediano y largo plazo. * Desarrollar las habilidades de investigación, comprensión, elaboración, organización, repaso y autoevaluación.
		<u>Contenido:</u>	* Estrategias de memoria, ordenación, agrupación, jerarquización y esquematización de datos.
c) EJERCICIOS DE RAZONAMIENTO ABSTRACTO Y NUMÉRICO/1.	Tercer ciclo de Educación Primaria/Primer ciclo de Educación Secundaria. Ed. CEPE	<u>Objetivo:</u>	* Desarrollar el razonamiento lógico, abstracto y numérico.
		<u>Contenido:</u>	* Series de números, letras, figuras y formas mixtas. * Desarrollo de las operaciones aritméticas básicas (suma, resta, multiplicación y división) en forma horizontal y vertical.

ROMPECABEZAS

Se utilizaron rompecabezas de 64 y 100 piezas cuyo objetivo fue desarrollar la percepción visual, el razonamiento lógico, las relaciones espaciales y el seguimiento de instrucciones.

PELÍCULAS

La proyección de películas tuvo como objetivo desarrollar la secuencia lógica del lenguaje oral y expresivo, así como reforzar los contenidos académicos y el manejo de diversas emociones. Los géneros empleados fueron diversos, tomando como referencia los gustos e intereses propios de la adolescente.

JUEGOS DE MESA

Ya sea sobre la mesa, el piso o en la computadora, los juegos de mesa siempre han sido un instrumento muy útil para el desarrollo y la rehabilitación de habilidades intelectuales. Éstos estimulan distintas áreas del cerebro, permitiendo que las neuronas hagan nuevas conexiones sinápticas.

En nuestro caso se recurrió a aquellos que nos permitieron desarrollar en LGB habilidades que implican la planeación, ejecución y evaluación de situaciones de aprendizaje; que estimulan la atención, amplían su vocabulario y nos facilitan corregir la ortografía. Asimismo, todos aquellos relacionados con el razonamiento y solución de problemas. Cabe señalar que un mismo juego de mesa estimula dos o más de estas habilidades. Algunos de estos ejemplos se enlistan a continuación:

- * Damas chinas
- * Damas inglesas
- * Backgammon
- * Gato Tridimensional
- * Rummy
- * Juegos de cartas
- * Dominó
- * Boggle
- * Scrabble
- * Basta
- * Sopa de letras
- * Crucigramas
- * Memoria
- * Tangram
- * UNO

AUDIO Y VIDEOGRABACIÓN DE ALGUNAS SESIONES Y ENTREVISTAS.

El objetivo fue evaluar el curso de la terapia, así como desarrollar el proceso de autocorrección de actitudes, posturas y situaciones de aprendizaje.

USO Y MANEJO DEL CALENDARIO

Siempre es importante aprender a organizar y manejar el tiempo adecuadamente. Por dicha razón, el calendario nos sirvió para planear y organizar visualmente nuestras actividades, estimular la memoria a corto y largo plazo, y empezar a formar un proyecto de vida.

ACTIVIDADES MANUALES Y ARTÍSTICAS

Ese tipo de actividades están orientadas a potenciar en los educandos la sensibilidad e iniciativa, la curiosidad y espontaneidad, la imaginación, el gusto estético y la creatividad mediante experiencias que faciliten la comunicación y manejo de emociones, sentimientos y pensamientos.

En este caso se hicieron algunas actividades de cocina y repostería, se utilizaron diversas técnicas de dibujo y pintura con distintos materiales, modelado de arcilla y cerámica; así como la construcción y decorado de artículos con material reciclado. Se trabajó también con distintos géneros de música cuyo objetivo perseguía el manejo adecuado del espacio y el ritmo.

4.2.2 Metodología de la sesión

LUGAR: Habitación dentro del hogar de LGB

DURACIÓN: 2 a 3 horas por día

DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO:

TIEMPO	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD
15 min.	* Encuadre	* Organización y manejo del calendario. * Planeación y evaluación de actividades.
60 min.	* Desarrollo de técnicas y hábitos de estudio.	* Repaso de la asignatura * Corrección de apuntes * Aclaración de dudas
45 min. o más	* Desarrollo de habilidades intelectuales y sociales.	* Juegos de mesa * Libros para desarrollo de habilidades intelectuales. * Lectura de comprensión o entretenimiento. * Práctica del algún deporte * Observación y discusión de alguna película. * Visita a lugares y centros de interés

El curso de la terapia se fue modificando de acuerdo a las necesidades de la sesión. Siempre que se hizo una actividad fuera del hogar se suspendió el uso de técnicas y hábitos de estudio, dando más importancia a la socialización y adquisición de autonomía. Pocas veces se tuvo que adaptar algún otro lugar de la casa para el desarrollo de la terapia.

Debido a que en un principio era difícil el control de su atención, fue necesario hacer una reducción máxima de los estímulos. Conforme su organismo se fue adaptando al cambio, estos estímulos se introdujeron gradualmente.

4.2.3 Estrategias de tratamiento integral

- ✓ Práctica de hábitos de aseo, alimentación, vestido, peinado y arreglo personal.

Objetivo: * Desarrollar hábitos de higiene y arreglo personal, mediante la adquisición de autonomía en actividades de la vida diaria.

- ✓ Realización de las tareas escolares.

Objetivo: * Repasar, revisar y aclarar dudas de los apuntes tomados durante la sesión y asignatura correspondiente.

- ✓ Lecturas de velocidad y comprensión de varios estilos y géneros; así como la redacción y narración libre de historietas.

Objetivo: * Corregir los signos de puntuación, pronunciación y entonación de la lectura; así como la correcta estructura y expresión del lenguaje escrito.

* Emplear algunas técnicas de lecto-escritura rápida como abreviaciones y símbolos.

- ✓ Planeación semanal de las actividades e integración mensual de las mismas dentro de un calendario.

Objetivo: * Planear, ejecutar y evaluar las actividades visualmente.

- ✓ Diseño y elaboración de maquetas y carteles.

Objetivo: * Desarrollar la imaginación y la creatividad.

* Ejercitar la psicomotricidad fina

* Seguimiento de instrucciones.

- ✓ Preparación, elaboración y venta de cerámica y repostería.
 - Objetivo: * Iniciar una actividad productiva y remunerada.
 - * Instruir en nociones de administración básica en el manejo y uso del dinero.
 - * Seguimiento de instrucciones.
- ✓ Visitas guiadas a museos, galerías y parques recreativos; así como a restaurantes, cines y lugares de interés.
 - Objetivo: * Tener contacto directo con motivos de diversión, socialización y conocimiento; para el fortalecimiento de la autonomía, el autocontrol y la autoestima.
 - * Orientación de las relaciones sociales.
- ✓ Uso del sistema de transporte público y colectivo.
 - Objetivo: * Adquirir mayor destreza en el desplazamiento.
 - * Fortalecer el deseo de independencia y autonomía.

4.3 Evaluación del proceso educativo y comprobación de la hipótesis planteada.

Debido a que el único medio para la comprobación de la hipótesis y la evaluación del proceso educativo fue la observación de la conducta y la obtención de resultados académicos, se efectuaron las siguientes implicaciones en torno a las variables independientes.

I. Personales.

- * La calidad y organización de sus apuntes mejoraron notablemente. A unos meses de haber iniciado el tratamiento su letra fue más legible. En su método personal de estudio subrayaba títulos, registraba las fechas y utilizaba colores o marcadores para destacar las ideas importantes. También fue capaz de elaborar cuadros sinópticos y hacer uso de incisos o asteriscos. La estructura de las oraciones fue más comprensible. En cuanto al lenguaje escrito sigue teniendo dificultades con la ortografía, uso de mayúsculas y signos de puntuación. Esto puede deberse a que maneja dos idiomas de estructura fonética y gramatical distinta. Sin embargo, su atención, concentración, percepción, razonamiento y memoria mejoraron favorablemente, pudiendo controlar con mayor facilidad los estímulos del entorno.

-
- * Se observaron cambios en la organización de su lenguaje oral, pudiendo sostener conversaciones telefónicas coherentes de principio a fin.
 - * Llegó a elaborar un proyecto de vida, afirmando que su meta más próxima es ser bióloga marina o entrenadora de animales. Expresó su interés de estudiar en EUA para perfeccionar su inglés, que le gustaría casarse y tener un hijo.
 - * Se planearon situaciones para favorecer su desplazamiento por centros comerciales y parques de diversiones en forma funcional e independiente.
 - * En 1995 tuvo su primera experiencia de noviazgo con un compañero de la escuela.
 - * En cuanto a la planeación, realización y evaluación de sus actividades, fue capaz de hacer un plan semanal y seguirlo.
 - * Se notó una mayor participación en la toma de decisiones aunque no por completo.
 - * En sus tiempos libres mostró interés por los deportes. Le gustaba encestar pelotas de basquetbol, patinar sobre ruedas con ayuda de una andadera o participar como pitcher en un juego de beisbol.
 - * En marzo de 1996 tomó la decisión de cortarse el cabello y comprar un par de canarios para cuidarlos dentro de su casa. Asimismo, fue capaz de decidir otras cosas como la elección y preparación de su equipaje, vestido, zapatos y alimentos.
 - * Durante este periodo se logró satisfactoriamente una interacción con personas externas a su familia y círculos sociales.
 - * En cuanto a sus hábitos de higiene y arreglo personal logró bañarse, vestirse, peinarse y arreglarse casi sin ayuda.
 - * Continúa con sus sesiones de fisioterapia como mantenimiento. Se ha pensado en la utilización de un bastón que le ayude a desplazarse más rápido y en forma independiente.

Situaciones pendientes:

- * Se quiso iniciar una actividad productiva y remunerada con la venta de figuras de cerámica y repostería con el objetivo de abrir y manejar una cuenta de inversión inmediata, pero no se concluyó.
- * En 1995 inició un tratamiento farmacológico. Los resultados al principio fueron favorables, aumentando sus lapsos de atención y concentración, controlando la ansiedad e irritabilidad, así como los trastornos de sueño. Sin embargo, no ha habido un buen manejo por parte de los médicos y la familia y ha sido interrumpido en varias ocasiones.

- * Aunque en 1996 empezó a asistir a psicoterapia, tampoco hubo continuidad ni seguimiento oportuno.
- * Se considera que si le gusta el deporte, podría encausarse a participar en un equipo de basquetbol sobre ruedas o en algún tipo de olimpiadas especiales donde las actividades que se realizan son accesibles para ella. Asimismo, el ingreso a un taller que favorezca su expresión y apreciación artística como cocina, pintura, canto, apreciación musical o actuación servirían como terapia ocupacional, siendo de gran beneficio y apoyo.

II. Familiares

- * En octubre de 1995 se inició la terapia familiar con una psicóloga.
- * Las vías de comunicación entre madre e hija mejoraron; disminuyeron los gritos, el llanto y la agresión. Con el padre mantiene relaciones más estrechas.
- * Se realizaron entrevistas periódicas con el psicólogo para registrar los cambios obtenidos y establecer nuevas necesidades y pautas de acción.

Situaciones pendientes:

- * No se estableció una disciplina alimenticia en el hogar.
- * No se acudió a orientación conyugal.
- * Aún existe subestimación de la capacidad funcional de la adolescente en su entorno familiar.
- * No se han completado las fases del proceso de aceptación; siguen buscando opiniones al respecto.

III. Escolares

Se le inscribió al sistema abierto de educación secundaria y asistía a clase 2 horas diarias por la mañana. Las 12 asignaturas correspondientes a este nivel de educación se dosificaron de la siguiente manera: Tres ciclos de 4 asignaturas cada uno y 1 asignatura cada dos semanas.

La evaluación del primer ciclo se realizó presentando un examen de conocimientos por asignatura. Pero LGB se mostraba alterada emocionalmente y estresada cada vez que iba a presentar un examen. Así que nos decidimos por un tipo evaluación global para el segundo ciclo que incluía las 4 asignaturas en un solo examen. Aunque los resultados obtenidos fueron satisfactorios, concluimos que la evaluación del

tercer ciclo fuera nuevamente por asignatura. Así se le daba la oportunidad de obtener un mayor número de aciertos y elevar su calificación.

LGB presentó el examen correspondiente a cada una de las asignaturas en mayo de 1997 (vid. supra ANEXO). En dos de ellas, Español y Ciencias Naturales, obtuvo un resultado satisfactorio. Pero no sucedió lo mismo con las asignaturas de Matemáticas y Ciencias Sociales, quedando pendiente su evaluación posterior y, en consecuencia, la obtención de su certificado.

Primer Ciclo

Inicio: Febrero, 1995

Término: Abril, 1995

Resultados:

Fecha: Mayo, 1995	Forma de evaluación: Por asignatura
* Español	7
* Matemáticas	7
* Ciencias Naturales	8
* Ciencias Sociales	8
Promedio	7.5

Segundo Ciclo

Inicio: Enero, 1996

Término: Marzo, 1996

Resultados:

Fecha: Marzo, 1996	Forma de evaluación: Global
* Español	8
* Matemáticas	6
* Ciencias Naturales	7
* Ciencias Sociales	7
Promedio	7

Tercer Ciclo

Inicio: Enero, 1997

Término: Marzo, 1997

Resultados:

Fecha: Mayo, 1997	Forma de evaluación: Por asignatura
* Español	6
* Ciencias Naturales	6
* Matemáticas	No satisfactorio
* Ciencias Sociales	No satisfactorio
Promedio	—

IV: Sociales

- * Se realizaron visitas guiadas a los siguientes museos como: el Museo de Arte Contemporáneo, UNIVERSUM y el Museo Nacional de Antropología e Historia
- * Se visitaron los siguientes parques de diversiones: Reino Aventura y Divertido
- * Se realizaron compras en diversos centros comerciales y tiendas de autoservicio.
- * Se acudió a algunos cines, restaurantes y cafeterías.
- * Se realizaron diversas reuniones y actividades sociales fuera y dentro de su casa.
- * Mejoró su trato con el servicio doméstico.
- * Pudo desplazar su excesivo interés en los delfines hacia la elección y el cuidado de algunas mascotas en casa como fueron: tortugas, pájaros, gatos y perros.

Situaciones pendientes:

- * El ingreso a un grupo juvenil de apoyo se mantiene como proyecto.

4.4 Situación actual de la adolescente

La relación profesional con LGB fue interrumpida en el año del 1998 por razones que no se abordarán en este estudio. Del objetivo inicial que se tenía previsto (cursar y concluir la secundaria abierta) sólo faltaron dos materias.

En los últimos 8 años se le han practicado tres cirugías ortopédicas. Las dos primeras aumentaron con el tiempo la espasticidad de sus músculos y provocaron dolor, lo cual impedía su desplazamiento libre e independiente. Esta situación, acompañada de otros factores orgánicos y ambientales, contribuyó a que su estado emocional se alterara y trajera como consecuencia una conducta antisocial con frecuentes períodos de crisis. La última cirugía realizada en noviembre del 2006 arrojó mejores resultados. La espasticidad y el dolor disminuyeron y comenzó a desplazarse con mayor facilidad. En cuanto a su conducta, está más tranquila y menos agresiva. Poco a poco se va recuperando.

Como puede apreciarse hubo cambios notables, tanto en el aspecto emocional como en el aspecto académico. No cabe duda que a lo largo del tratamiento, LGB vivió y seleccionó gran variedad de experiencias que serán, muchas veces, la base de sus acciones futuras. Su rendimiento académico durante los dos primeros ciclos fue óptimo, debido a que su motivación se incrementó también. Se puede decir que aprendió a confiar más en sus capacidades que en sus limitaciones.

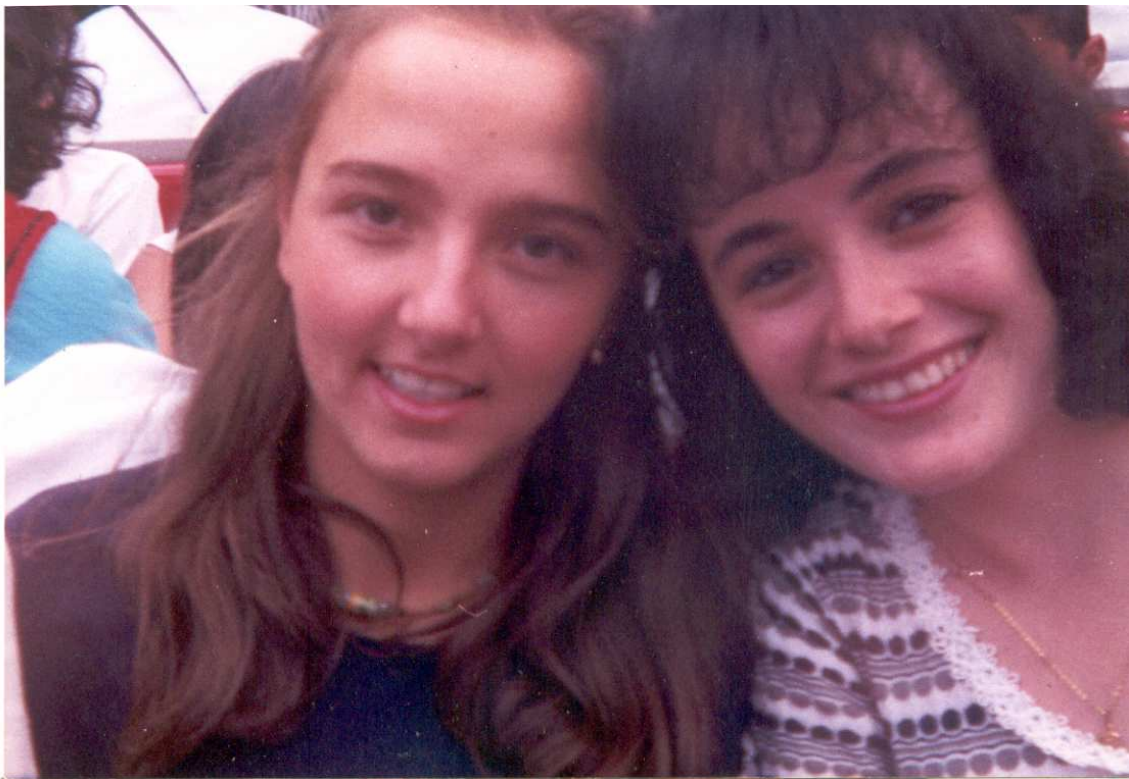
Sin embargo, su proceso formativo no ha terminado. Aunque ya es capaz de realizar varias actividades por sí misma y resolver problemas cotidianos, necesita un seguimiento que garantice esos resultados de forma permanente. Nuestras expectativas deben fundamentarse en el proceso y aumentar conforme éste se vaya dando. Se espera que esté lo suficientemente preparada para dirigir su vida en forma responsable e independiente.

Como se dijo anteriormente, la labor de los educadores nunca termina y, aunque dedicamos gran parte de nuestra vida a descifrar el mundo para otros, no podemos quedarnos con ellos para siempre. Nuestra labor consiste en enseñarles a depender cada vez menos de nosotros.

"Triunfar en la vida es hacer triunfar a los demás"



CONCLUSIONES



*“¿Qué más podía hacer a mi viña, que yo no haya hecho en ella?
¿Cómo, esperando yo que diese uvas, ha dado uvas silvestres?”*

Isaías 5:4

CONCLUSIONES

El nacimiento de la intimidad es excitante. En medio de la crisis que la caracteriza, entre *“lo que se es y lo que se quiere ser”*, la persona juega con el tiempo, se conoce a sí misma, pone a prueba sus habilidades y descubre sus limitaciones; se cuestiona y elabora un proyecto de vida. La carencia de una orientación adecuada a sus características y necesidades puede provocar un rompimiento irreparable entre el niño y el adulto. Puede decirse que la adolescencia es, ciertamente, el gran paso del ser dado al ser pleno; *“el puente”* entre uno y otro.

Lo que percibí a lo largo de mi experiencia con LGB fue una profunda subestimación por parte de los padres y de ella misma acerca su capacidad funcional. La actitud sobreprotectora, el constante temor al fracaso, la incesante búsqueda de información y opiniones al respecto; provienen de la inseguridad de los padres. En términos generales, se puede afirmar que cuando ciertas actitudes tomadas por los padres invaden la libertad de los hijos, lisan su personalidad y obstaculizan su desarrollo. El resultado es la inhibición total de la capacidad para decidir. No es recomendable subestimar la capacidad funcional de los hijos; cada uno es quien es y elegirá una forma única de salir adelante.

Siempre y cuando no se haya diagnosticado alguna enfermedad mental, las fuertes crisis de la adolescencia acompañadas la mayoría de las veces de rebeldía, impertinencia y razonamientos ilógicos; no deben interpretarse como comportamientos patológicos de índole orgánico, sino como procesos naturales de cambio necesarios para la vida adulta.

Es totalmente normal que en la adolescencia la figura de los padres se desvanezca drásticamente; es más factible que se perciban los defectos más que sus virtudes. Debido a que la identificación con alguien más es fundamental, es de vital importancia la correcta elección de los modelos. Éstos nunca serán perfectos y guiarán gran parte de su comportamiento hasta el final de esta etapa. Pero sí deben ser formativos. Una educación de calidad, se ve fortificada por el ejemplo positivo de sus educadores.

La labor esencialmente formativa consiste en dejar que el propio alumno se fije un objetivo, elija los medios y se dirija a él. Ningún profesional de la educación debe considerarse el *“curandero”* o solucionador de problemas. Su función consiste en ser una ayuda para la realización propia, para la forjación del carácter de cada uno de sus educandos, no poniéndose en su lugar, ni sustituyéndolo, ni anulando; sino estimulando la afirmación personal de cada uno, enfrentándose a sí mismo. Comprometerse, no es

involucrarse en el problema hasta el punto de hacerlo propio; su objetividad, preparación y ética profesional le permitirán salir a flote en medio de la tormenta.

Si bien es cierto que los seres humanos vienen al mundo cuando Dios quiere, también es cierto que llegan como Dios quiere y para lo que Dios quiere. Él creó un mundo para nosotros con un objetivo claro y, por supuesto, con matices especiales para garantizar que el propósito se cumpla. Nacer con algún tipo de NEE es llegar al mundo a poner a trabajar a los padres y a la sociedad misma. Nacer con algún tipo de NEE es permitir que otro comprenda y valore lo que tiene para ampliar posibilidades. Ciertamente, este tipo de personas llaman mucho la atención, luego entonces se convierten en un ejemplo de lucha, trabajo y conquista.

Debe ser preocupación de todos satisfacer las necesidades de acceso para estas personas, evitar que al diseñar y construir se levanten barreras y obstáculos que impiden su integración. Para lograrlo es necesario dar respuestas técnicas, pero también es necesario hacer un trabajo de concientización y sensibilización sobre la importancia de derribar dichas barreras.

De un buen diagnóstico depende un buen tratamiento. Las NEE no son una enfermedad. El problema es que, a veces, se hace demasiado hincapié en las capacidades que el paciente ha perdido, en vez de dirigir sus esfuerzos a habilitar las potencialidades que le quedan; así como explorar y explotar lo que cada persona hace bien dentro de sus limitaciones. En el proceso de integración de las personas con NEE es fundamental la forma como la familia reacciona y cómo atraviesa las distintas etapas de duelo hasta llegar a aceptar a su hijo y nutrir su autoestima..

Yo considero que la actitud positiva para seguir viviendo cuando uno siente que ha perdido todo, la imagen entrañable de las personas que amamos, la fe en Dios y un tenaz sentido del humor son herramientas insustituibles frente a la dificultad. Muchas veces nos preocupamos porque nuestros niños hablen o caminen, porque sean sobresalientes en sus calificaciones; y nos olvidamos de cosas más importantes como descubrir que cada persona tiene un para qué y un cómo. La libertad interna es, justamente, la decisión que determina la forma de ver la vida, porque hasta al sufrimiento se le puede encontrar un sentido positivo.

En resumen, puedo decir que la verdadera discapacidad es la dificultad para dar afecto y comprender a quienes nos rodean. Reconocer y superar esta limitación afectiva nos hace personas más humanas.

Es importante preparar el camino que permita a estas personas aceptar sus limitaciones y aprender a valorar y a “usar” sus capacidades. De poco sirve proveerlos de los avances tecnológicos más modernos,

si el medio en el que se desenvuelven la mayor parte de su vida carece de ellos. De igual forma, la comparación de un ser con otro siempre será una tarea inútil. No ha habido, ni hay, ni habrá jamás un ser igual a otro. Únicamente pueden encontrarse rasgos parecidos que permitan llegar a generalizaciones que más tarde se conviertan en cuadros clínicos específicos; pero nunca serán iguales. El precio que se paga por esta forma de proceder es el rechazo y depresión de la persona como consecuencia de una realidad fuera de lugar.

El esfuerzo que sus padres, médicos y otros profesionales han hecho para mejorar las condiciones de esta adolescente es válido, siempre y cuando no se pretenda invadir su libertad. Debe dársele incondicionalmente el tiempo que ella necesite para aprender y confiar en su capacidad funcional. No es posible pasar por alto la falta de disciplina y respeto fuera y dentro del hogar; ahora más que antes se le debe exigir objetivamente el cumplimiento de ciertas normas, lo que le otorgará el goce de ciertos derechos. Al principio parecerá una labor mecánica inadecuada para su edad, pero con el tiempo se formará en ella el sentido de responsabilidad necesario para su vida adulta. Esta tarea no compete únicamente a los padres, sino que se extiende a todos los que guardan una relación estrecha con ella.

Una de las estrategias de la Pedagogía Terapéutica fue crear un método de estudio que se adaptara a sus características y necesidades. Sin embargo, era preciso modificar primeramente aquellos estímulos y deficiencias que obstaculizaban su aprendizaje. El objetivo central fue que ella elevara su rendimiento académico mientras adquiría un control sobre sí misma y autonomía en sus acciones.

No se sugiere imponer un método de estudio específico, sino tan sólo orientar el autoaprendizaje. Un método de estudio depende mucho de la personalidad de cada individuo, de sus condiciones físicas y mentales; así como de su relación con el medio en que se desenvuelve. Aquél que haya dado buenos resultados a una persona, no surtirá el mismo efecto en otra. En la adolescencia, por más consejos que se les den y técnicas que se utilicen para implantar un determinado método; la voluntad de quien aprende tiene la última palabra. Por eso, el educador tan sólo orienta, no hace milagros.

Aunque hasta ahora no se le observe leer un libro para estudiar o seguir estrictamente un método de estudio, hay que confiar en que lo que bien aprendió alguna vez no se le olvidará y podrá aplicarlo cuantas veces lo necesite en el futuro. El paso del tiempo conlleva la adquisición de la madurez; su inestabilidad emocional, falta de lógica, impertinencia, necedad e impulsividad disminuirán conforme vaya desapareciendo la adolescencia e iniciando la vida adulta. Ahora bien, el término de la adolescencia y el

inicio de la vida adulta no es un proceso necesariamente biológico, sino que guarda una estrecha relación directa con el medio en que se desenvuelve.

A sus padres, les recomiendo confiar en la capacidad de su hija para desarrollarse; así como en el tratamiento a cargo de cada uno de los profesionales. Será un proceso difícil, largo, pero gratificante para ambas partes. LGB ya no es una niña, comienza a transformarse en mujer y exige confianza en sus acciones. Es preferible que al hacer lo que desea fracase, se dé cuenta que no puede y busque algo más; a que ni siquiera lo intente.

Educar no es enseñar a manipular el medio para beneficio propio; eso es depender cada vez más de lo que obstaculiza el desarrollo. La mejor opción es enseñarla a vivir sin la necesidad de pedir ayuda. Aunque la tenga siempre, estará preparada para cualquier experiencia. El futuro es incierto, la preparación es vital.

Si para la mayoría de las personas, el llegar a la adolescencia y descubrir las limitaciones personales es un proceso difícil que genera intensos estados de crisis; el conflicto para un adolescente que padece algún tipo de limitación es indiscutiblemente mayor. Las personas con PCI, y en general todas las que sufren algún tipo de NEE, experimentan un fuerte enfrentamiento con el yo. El proceso de autoaceptación es largo y difícil, más no imposible. De igual forma lo es para los padres. Es natural que sientan miedo ante un futuro desconocido, ante la ausencia de un ejemplo sobre el cual guiarse o apoyarse en momentos de contradicción y lucha, sin una orientación

LGB tiene tanto miedo a fracasar que, al no querer tomar una decisión, proyecta que prefiere que la culpa de ese fracaso recaiga en los otros y no en ella. Hay que permitir que se equivoque y que encuentre por ella misma la forma de salir adelante. Aunque suceda con frecuencia, con el tiempo adquirirá la experiencia para solucionarlos rápidamente. Deben saber, tanto ella como sus padres, que cualquier cosa que valga la pena lleva en sí el riesgo del fracaso. Los obstáculos y los fracasos son necesarios para madurar.

El objetivo central que he perseguido a lo largo de mi trabajo con ella, es que los elementos que obstaculizan su aprendizaje se corrijan mientras ella confía plenamente en su capacidad para aprender. Es muy importante que adquiera tanta autonomía como le sea posible y, sobre todo, se dirija al proyecto de vida que se ha forjado. La adquisición de un método de estudio personal tiene mucho que ver con lo que a ella le interesa estudiar; y ésto puede comprobarse en la preferencia o dificultad hacia determinadas asignaturas.

Lo que ha generado cambios notables en LGB no ha sido la intervención aislada de cada uno de los médicos y profesionales involucrados, sino la labor conjunta de todos ellos. No podemos ser tajantes y afirmar que los cambios, tanto positivos como negativos, que se han observado en LGB se deben únicamente al efecto de un medicamento o de las intervenciones quirúrgicas. La formación de la inteligencia y la voluntad corresponden a una labor formativa multidisciplinaria. Creer que debe darse a toda conducta humana una explicación fisiológica, sería como considerar a la persona una máquina que se desarma para estudiar cada una de sus partes y, cuando hemos descubierto el origen de su falla, se vuelve a armar. Este proceder es radicalmente mecanicista e invadimos su dignidad como persona. Ella merece que se le trate como un todo integral, confiando en su capacidad funcional.

Ningún otro estudio neuropsicopedagógico que se le practique en el futuro podrá decir algo diferente. El exceso de información es igualmente perjudicial. La educación de una persona es una labor tan compleja e individual que sus resultados no pueden medirse estadísticamente. La mayoría de sus objetivos son a largo plazo, pues los resultados que persigue son permanentes. Es probable que transcurran hasta dos años antes de que se observe un cambio verdaderamente notable en el educando.

Padres y profesores deben armarse de paciencia y confiar en que cada actividad, ejercicio, consejo y llamada de atención, forman parte de un todo integral. No se trata de un tratamiento para la recuperación académica, otro para la rehabilitación física, otro para actividad neurológica y uno más para el ajuste psicológico; se trata de una *formación integral para la vida*.

En el proceso educativo todos somos al mismo tiempo, educandos y educadores. Todos tenemos la intención de transmitir algo y la necesidad de aprender. La mayor parte de lo que aprendí acerca de las características, diagnóstico y tratamiento de la parálisis cerebral, se lo debo a ella y a su incesante búsqueda por lograr tener un lugar digno dentro de la sociedad. Creo que la notable identificación entre esta adolescente y yo se debe, en gran parte, a la breve diferencia de edad entre una y otra. Por ser la más joven de sus terapeutas, estoy más cerca de comprender su conducta, aspiraciones y estados de ánimo.

Es natural en el ser humano, independientemente de las capacidades y limitaciones que posee, la búsqueda de su propio perfeccionamiento. Por instinto de supervivencia, su adaptabilidad al cambio también lo es. Debemos confiar que orientándolos, sabrán salir adelante. Los únicos responsables de los aciertos y errores que comentemos, somos y seremos siempre nosotros mismos.

En mayo de 1995 se dio a conocer el "*Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad*". En diciembre del mismo año, el Diario Oficial de la

Federación publicó la *“Ley para las personas con discapacidad en el Distrito Federal”*. Asimismo, otras asociaciones como *“Voz Pro Salud Mental”* en México, trabajan incansablemente por defender los derechos de estas personas y lograr ser tratados con dignidad. Los medios de comunicación pueden ser de gran utilidad en la difusión de esta tarea, para la sensibilización y formación humana de la sociedad.

Sería de gran valor y utilidad que se impulsara la formación de grupos anónimos con NEE en donde cada uno de sus integrantes pudiera expresar sus necesidades, retos y la forma en que fueron venciendo cada uno de ellos mientras se convierten en un ejemplo de superación para quienes los escuchan. Asimismo, la creación de grupos de apoyo y programas de formación para la familia es de vital importancia. Pienso que así contribuiremos poco a poco a la necesaria aceptación e integración por parte de los padres y la sociedad misma.



A N E X O

REGISTRO DE CALIFICACIONES
I.N.E.A.

ANEXO

El objetivo de este anexo es avalar con documentos oficiales la información dada en el CAPÍTULO 4, correspondiente a los grados escolares cursados y satisfactoriamente concluidos por LGB..

BIBLIOGRAFÍA

BÁSICA

1. CALDERÓN GONZÁLEZ, Raúl
El niño con disfunción cerebral
Ed. Limusa., México, D.F., 1994., 246 p.
2. CASTILLO, Gerardo
Los adolescentes y sus problemas., 7ª. Edición.
Ed. EUNSA., Madrid, España., 1990., 230 p.
3. CRUICKSHANK, William M.
El niño con daño cerebral., 1ª. Edición
Ed. Trillas., México, D.F., 1992., 326 p.
4. C.E.F.A.E.S.
Entorno a la parálisis cerebral infantil
Fundación Banco Exterior., España., 1986., 46 p.
5. C.E.F.A.E.S.
Aprender en el Hogar
Grafinsa., España., 1986., 55 p.
6. FUNDACIÓN OBLIGADO
Síndromes de parálisis cerebral
Ed. Médica Panamericana., Madrid, España., 1981., 344 p.
7. GOPLERUD, Dena., et al.
La recuperación escolar por secuencias de aprendizaje
Ediciones CEAC., España, 1985., 207 p.
8. MILES, Christine
Educación Especial., 1ª. Edición.
Ed. Pax México., México D.F., 1990., 237 p.
9. MOLINA G., Santiago
Bases psicopedagógicas de la educación especial
Ed. Marfil., España., 1984., 585 p.

10. NIETO, Margarita
El niño disléxico., 3ª. Edición
Ediciones Copilco., México, D.F., 1992., 305 p.
11. PATTON, James R., et al.
Casos de Educación Especial., 1a. Edición
Ed. Limusa., México, D.F., 1991., 308 p.
12. SEGAL, Marilyn
A Tiempo y con Amor
Edivisión., México, D.F., 1990., 131 p.
13. VELASCO FERNÁNDEZ, Rafael
El niño hiperquinético., 3ª. Edición
Ed. Trillas., México, D.F., 1990., 131 p.

COMPLEMENTARIA

14. BUCHÓN S., Consuelo., et al.
Pedagogía
Colección P. Poveda., Madrid, España., 1970., 590 p.
15. GALGUERA, Isabel., et al.
El retardo en el desarrollo., 1ª. Edición
Ed. Trillas., México, D.F., 1984., 460 p.
16. GARCÍA HOZ, Víctor
Educación personalizada., 5ª. Edición
Ediciones Rialp., Madrid, España., 1981., 344 p.
17. GARCÍA HOZ, Víctor
Principios de pedagogía sistemática., 13ª. Edición
Ed. Rialp., Madrid, España., 1990., 694 p.
18. GARCÍA HOZ, Víctor
El concepto de persona., 1ª. Edición
Ed. Rialp., Madrid, España., 1989., 293 p.
19. GÓMEZ PÉREZ, Rafael
Familias a todo dar., 3ª. Edición
Buena Prensa., México, D.F., 347 p.

-
20. GUYTON, Arthur C.
Fisiología Humana
Nueva Editorial Interamericana., México, D.F., 1987., 704 p.
 21. HINOJOSA RIVERO, Guillermo., et al.
La enseñanza de los niños impedidos
Ed. Trillas., México, D.F., 1984., 207 p.
 22. LUZURIAGA, Lorenzo
Pedagogía., 1ª. Edición
Ed. Lozada., Argentina., 1984., 331 p.
 23. MAUCO, Georges
Psicoterapia escolar., 1ª. Edición
Ediciones Morata., Madrid, España., 1996., 385 p.
 24. MUSSEN, Paul Henry
Desarrollo de la personalidad en el niño., 3ª. Edición
Ed. Kapeluz., Argentina., 1994., 607 p.
 25. NASSIF, Ricardo
Pedagogía General
Ed. Kapeluz., Argentina., 1958., 235 p.
 26. NÉRICI, Imideo G.
Hacia una didáctica general dinámica., 3ª. Edición
Ed. Kapeluz., Argentina., 1994., 607 p.
 27. PLANCHARD, Emile
La pedagogía contemporánea
Ed. Rialp., Madrid, España., 1978., 570 p.
 28. POLAINO-LORENTE, Aquilino., et al.
Educación especial personalizada
Ed. Rialp., Madrid, España., 1991., 432 p.
 29. SANTILLANA
Diccionario de las ciencias de la educación
Ed. Santillana., México, D.F., 1991