

# Estudio técnico de los discapacitados físicos

---

**JOSE RAMON PEREZ ACOSTA  
FLORENTINO LOPEZ HERNANDEZ  
JOSE FRANCISCO DIAZ RODRIGUEZ  
ANA MUÑOZ MARTINEZ  
CARMEN PEÑA MARTÍNEZ  
SABINA RAMIREZ GONZALEZ  
ANGELES GARCIA ORTEGA**

La definición de niño discapacitado que da la psicopedagogía infantil es ya clásica: «Discapacitado es el niño que nace con, o adquiere en el curso de su desarrollo, un retraso con respecto a los niños sanos de su misma edad». La definición sorprende por su generalidad e imprecisión en el sentido de que no menciona las causas de la discapacidad inherentes al propio niño o a su entorno o a otros factores posibles.

Tradicionalmente se clasifican en cuatro tipos según la localización y causa de la discapacidad:

1. Discapacidades sensoriales (sordera, ceguera).
2. Discapacidades del aparato locomotor (poliomielitis, accidentes).
3. Discapacidades mentales (deficiencia mental).
4. Discapacidades internas causadas por enfermedades crónicas (diabetes, tuberculosis, cardiopatías, etc.).

Actualmente se intenta distinguir entre acciones preventivas primarias y acciones secundarias.

Las acciones primarias consisten en identificar, combatir y anular las causas y los mecanismos que originan la discapacidad. La preocupación más reciente en este sentido es la vigilancia médica de las embarazadas de alto riesgo.

La prevención secundaria consiste en reconocer, detectar y tratar las discapacidades en período de formación con la suficiente antelación y con abundantes medios como para anularlas o, al menos, reducir todo lo posible su gravedad. Una detección precoz permite contar con las máximas oportunidades de éxito en la aplicación de las técnicas médicas, ya sean físicas u ortopédicas. Lo mismo ocurre con respecto a la aplicación de las técnicas educativas al permitir iniciar una educación especial en las mejores condiciones. Por otro lado, se podría cuestionar si las medidas antes citadas son siempre las mejores, es decir, si sus consecuencias no pueden llegar a ser nocivas e incluso peligrosas para los niños discapacitados.

Al discapacitado, cuando se le hospitaliza o se le educa aparte, se le aísla; todo lo que se hace corre el riesgo de volverse contra el interesado, colocándolo en situación de inferioridad, marginándolo. Por tanto, al hablar de niños discapacitados hay que afrontar dos tipos de desigualdades.

La primera se basa en la sociabilidad, en la integración social mediante el trabajo, el cual garantiza la autonomía y hasta la independencia del individuo respecto a su medio familiar.

La segunda desigualdad de orden físico o sensorial describe el grado de incapacidad, temporal o definitiva, del individuo para cubrir las necesidades vitales. Los puntos de vista ético y biológico suelen confundirse y mezclarse inconscientemente con los razonamientos organicistas e ideológicos.

## DISCAPACIDADES FISICAS Y MENTALES QUE IMPIDEN EL DESARROLLO INFANTIL

En toda generación nacen niños con disminuciones físicas o mentales o las adquieren en el curso de su infancia. Otros ni-

ños tienen que enfrentarse con una serie de obstáculos que, si no se eliminan en parte, pueden afectar seriamente todo su desarrollo posterior.

El tipo de discapacidades que se dan entre la población infantil no sólo difieren de una parte del mundo a otra, sino, a veces, incluso dentro de un mismo país de acuerdo con las condiciones sociales y ambientales, existiendo una diferencia considerable entre los países desarrollados y los subdesarrollados.

Alrededor de un 15 por 100 de la población infantil necesita un tipo de educación especial, siendo este porcentaje superior en los países subdesarrollados, teniendo en cuenta además que de este 15 por 100 un 5 por 100 padece graves discapacidades.

Cualquier discapacidad infantil, incluidas las enfermedades crónicas y diversos tipos de trastornos mentales, puede contemplarse como obstáculos que afectan al crecimiento y desarrollo de la personalidad y facultades del niño. Son numerosos los niños con más de una discapacidad y algunas de las discapacidades adicionales guardan relación con la primera.

Por ejemplo: algunos niños deficientes mentales presentan también una discapacidad física tan severa, que impide llegar a entender la naturaleza real de su deficiencia mental. Además de la discapacidad física o mental en sí, los problemas de los niños discapacitados pueden multiplicarse por obstáculos de naturaleza social como son los prejuicios, la ignorancia del problema, el grado de servicios de asistencia social que existe en el área, las circunstancias familiares y en qué medida los padres comprenden el problema.

Ante esta situación se puede llegar a las siguientes conclusiones:

1. El grado de la discapacidad puede reducirse o eliminarse en ciertos casos gracias a la aplicación de medidas de rehabilitación y de educación especial.
2. Que las condiciones o causas de discapacidad existente pueden cambiar no sólo en un país, sino también en

áreas regionales, mediante la aplicación de medicina preventiva. En los últimos años se ha producido un cambio significativo en cuanto a la prevención, ya que mientras la tuberculosis y la poliomielitis se han reducido drásticamente en determinados países, otro tipo de enfermedades y diversos tipos de accidentes parecen estar en alza.

Las discapacidades que afectan al niño pueden ser congénitas o consecuencia de traumas o enfermedades postnatales.

Las discapacidades congénitas guardan relación con los factores prenatales, es decir, las que pueden ocurrir en cualquier momento durante el embarazo, o con factores natales, ya que existe un importante componente genético en la enfermedad y deficiencia mental.

Los factores genéticos son los responsables de un 80 por 100 de las causas de ceguera en los países no tropicales y de un 70 por 100 de las causas de sordera infantil.

Entre las causas de discapacidad que tienen lugar durante el período postnatal, cabe mencionar diversos tipos de accidentes causantes de discapacidad física, así como varias enfermedades. Estas causas tienen por lo general su origen en las condiciones del entorno como, por ejemplo, la malnutrición, cuyo efecto sufren millones de niños que viven en países subdesarrollados.

## NIÑOS CON ALTO RIESGO. DETECCIÓN PRECOZ Y PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Mediante el consejo genético es posible asesorar a los futuros padres acerca de los riesgos de discapacidad que pueden sufrir sus hijos. Cuanto antes se haga mayor serán las posibilidades de rehabilitación del niño y de eliminación de los obstáculos que se interponen en su desarrollo.

Diversos factores que tienen lugar en los períodos prenatal, natal y postnatal pueden indicar si existen posibilidades de que el niño sufra alguna discapacidad motriz, sensorial, mental o emocional.

A estos niños se les considera de alto riesgo y requieren atención inmediata.

Factores causantes de discapacidad permanente:

- a) Anomalías genéticas o cromosómicas.
- b) Graves anomalías durante el embarazo (inf. cardíaca, diabetes, etc.).
- c) Afecciones en los niños, recién nacidos (enfermedad, infecciones).
- d) Peso reducido del recién nacido (menos de 1,5 kg.).
- e) Falta de maduración morfológica del recién nacido.

Una detección bien organizada de casos de alto riesgo junto con medidas preventivas y una rehabilitación precoz pueden reducir estos riesgos.

La detección precoz de deficiencias sensoriales tiene una gran importancia de cara a la educación de los niños discapacitados, pues la capacidad para comunicarse con los demás guarda estrecha relación con el aprendizaje.

En conexión con los programas de formación del profesorado o de formación del personal rehabilitador, debe prestarse atención a la creación de un sistema mejor organizado para la detección precoz de los niños con alto riesgo, aparte de los sistemas ya utilizados en las maternidades. Así, cualquier niño diagnosticado como de alto riesgo debería ser examinado por un equipo de especialistas que evalúe no sólo los problemas de salud o educación del niño, sino también las condiciones en la familia del niño y en la comunidad. Asimismo puede recurrirse a las medidas de planificación familiar, ya que es un componente de la asistencia global sanitaria que se presta a

la familia y que puede reducir el índice de mortalidad y morbilidad materna, prenatal e infantil, especialmente si se hace en mujeres con embarazos de alto riesgo.

El principal problema en este campo es la parálisis cerebral, pero incluso en este grupo se han hecho avances sustanciales. Por ejemplo: la parálisis cerebral provocada por la ictericia nuclear, que es un trastorno que afecta al SNC, afectaba a casi el 10 por 100 de los recién nacidos con parálisis cerebral, y gracias a los avances en el estudio de los factores RH materno fetal y los procesos de isoimmunización, este tipo de parálisis cerebral puede ser objeto de prevención.

*En resumen*, el consejo genético y la planificación familiar proporcionan a los padres datos e información fiable sobre los riesgos inherentes al parto; no obstante, la decisión final debe corresponder en todo momento a los padres.

Hay casos de padres que aceptan voluntariamente el riesgo, así como de familias felices a pesar de tener niños discapacitados. Por tal razón se debe informar a los padres de las posibilidades de rehabilitación existentes.

## REGISTRO DE DISCAPACIDADES INFANTILES

El registro y captación de las discapacidades infantiles suele hacerse en tres momentos de la vida del niño:

- a) Al nacer.
- b) Cuando se solicitan servicios médicos o de rehabilitación.
- c) Al comienzo de la escolarización.

Esto es muy útil para el seguimiento de los niños gravemente disminuidos, que requieren la colaboración de un equipo de rehabilitación a menudo acompañada de especiales medidas educativas, ya que las estadísticas han sido siempre difíciles de realizar por falta de unidad de criterios en la definición

exacta de estos síndromes y en su ubicación en relación con otros.

## PARALISIS CEREBRAL

### **Definición**

La parálisis cerebral se traduce en una serie de signos y síntomas producidos por lesión del cerebro cuyas causas y patologías pueden ser variadas, no progresivas, preferentemente neuromusculares y que ocurren antes de los cinco años de edad. Según este concepto, un tumor no es una parálisis cerebral, pero sí lo son las secuelas postoperatorias no progresivas.

### **Clasificación de los síndromes de disfunción cerebral**

1. Neuromotor: que comprende parálisis cerebral de varios tipos e incoordinación neuromuscular.
2. Intelectual: retardo mental orgánico con capacidad subnormal para razonar y aprender.
3. De conciencia: convulsiones con ritmo eléctrico inestable cortical y subcortical, con distorsión de la conciencia.
4. Neurosensorial: problemas de los sentidos (visión y audición).
5. Comportamiento: poca atención, fácil distracción, comportamiento hiperactivo.
6. Perceptual: problemas perceptivos, visomotor y de la audición, lo que contribuye a la dificultad de aprender y establecer relaciones.

De esta clasificación se deduce que la parálisis cerebral es principalmente un síndrome neuromotor, al que se agregan trastornos intelectuales, sensoriales, sensitivos y emocionales.

## Cuadro clínico y diagnóstico

Por lo general, tras la lesión cerebral en los primeros días aparece un intervalo asintomático durante el cual el niño presenta un aspecto normal. Los primeros síntomas de retraso psicomotor sólo se producen en un segundo momento y no se tornan evidentes hasta después del cuarto mes.

En el caso del lactante, y más aún del recién nacido, resulta difícil afirmar la existencia de la lesión de la motricidad y el mantenimiento de un desarrollo físico normal. Muy a menudo llama la atención el retraso en alcanzar la postura sedente y en comenzar a andar, por lo que el examen neurológico es esencial para un diagnóstico previo.

En el caso del recién nacido comprende un estudio de los reflejos arcaicos. Durante las primeras semanas el recién nacido no posee una movilidad voluntaria: su movilidad inducida se analiza mediante maniobras simples y clásicas: grasping, reflejo de Moro, reacciones de apoyo de los miembros inferiores. En las semanas que siguen al nacimiento, vemos desaparecer progresivamente estos reflejos en el lactante normal.

El estudio del tono postural y muscular resulta fundamental; se comprueba entre otras cosas la extensibilidad, el bamboleo, la sujeción de la cabeza y la movilización pasiva de los distintos segmentos de los miembros.

Los test psicomotores tienen un valor considerable y permiten detectar un retraso en el desarrollo normal y evaluar al mismo tiempo un desarrollo psíquico. El examen psicológico del niño parálítico cerebral presenta serias dificultades que, si no se tienen en cuenta, pueden llegar a subestimarlos. Las discapacidades del aparato locomotor, en especial las que afectan a los miembros superiores, los trastornos y retraso del lenguaje, que en ocasiones llegan al mutismo, la lentitud en la percepción, en la ideación o en la ejecución, la distracción acentuada, las reacciones afectivas incontroladas, el retraso escolar y en ciertos casos la acción de los medicamentos, sitúan al niño en un

estado de inferioridad y perturban e inhiben sus respuestas. Así pues, la tarea del psicólogo consiste en determinar la máxima eficiencia del niño ante las condiciones más elementales para ser potenciadas por el equipo rehabilitador y los educadores, ya que de sus conclusiones depende en buena medida que se le acepte o no en un centro de reeducación.

## **Tratamiento**

El tratamiento de los parálíticos cerebrales no puede concebirse como la acción parcial sobre un segmento del cuerpo. Por el contrario, tendrá en cuenta la interrelación de cabeza, tronco y extremidades en referencia al espacio, a la gravedad, a la inercia, al momento de fuerza y a la vida física, emocional e intelectual del paciente.

Comprende las siguientes pautas:

1. Terapia física: ejercicios de relajación y movilización pasiva, movilización activa asistida, ejercicios de re-fuerzo del tono postural.
2. Terapia ocupacional: ejercicios de pinza, de destreza de dedos, de juego con las manos, etc., así como las que ayuden a lograr la independencia en las actividades básicas cotidianas (vestido, comida, pasajes, etc.).
3. Psicología: es fundamental si el niño ha de ingresar en una institución o iniciar un programa especial de rehabilitación. Puede corregir los errores cometidos a raíz de una observación precipitada. Puede darse el caso de que un niño parálítico cerebral se considere retrasado sólo porque sus problemas físicos obstaculizan el curso normal de su desarrollo. Un error semejante podría cometerse en el caso de un niño mentalmente perturbado que, como suele ocurrir, da señales de una exagerada hiperactividad sólo durante la fase activa de su perturbación mental y, como resultado, es considerado como un niño con simples problemas de comportamiento. Un niño que sufre un

trastorno mental puede así ir a parar a una institución para delincuentes juveniles, sencillamente porque no se supo diagnosticar a tiempo su afección ni ofrecerle el tratamiento adecuado.

4. Logopedia: que puede no estar presente en el tratamiento conjunto dependiendo del síndrome. Todos estos puntos se aplicarán desde la primera infancia.
5. Ortesis: se colocarán después de los dos años. Los niños requieren a menudo aparatos ortésicos o protésicos para incrementar su movilidad y mejorar la utilización de sus miembros. Deben ser de fabricación sencilla y muy ligera, con el fin de adaptarse a sus necesidades de crecimiento físico, educación, participación activa en los juegos, etc. Es necesario que se les adiestre en el manejo antes de comenzar la escolarización
6. Cirugía ortopédica: indicada en casos determinados, existiendo dos tipos:
  - a) Cirugía de miembros inferiores (desde los tres años).
  - b) Cirugía de miembros superiores (desde los siete años).

Debe producir una franca mejoría y no provocar una larga inmovilización. Lo más frecuente es el alargamiento del tendón de Aquiles para corregir el pie equino.

7. Medicación: relajantes desde los dos años de forma intermitente y anticonvulsivos en los niños que padezcan crisis convulsivas asociadas, debiendo administrarlos hasta los dos años después del último ataque.
8. Nutrición: supervisada por el pediatra desde el nacimiento y adaptada a las necesidades energéticas que requieren estos niños para utilizar los aparatos ortésicos o protésicos, así como impedir el sobrepeso.
9. Neurocirugía: dependerá del caso (rizotomía posterior en casos de espasticidad severa, etc.).

10. **Escolarización:** debe ser obligatoria, ya que es un derecho del niño sea o no discapacitado a partir de los tres años de edad, y utilizar un método que permita que un niño determinado pueda pasar de la escuela especial a la normal, siempre que su estado aconseje y garantice tal cambio, ya que la educación especial es imprescindible en los casos de niños discapacitados que requieren una modificación de los programas y prácticas de la educación regular de acuerdo a su discapacidad, no olvidando la personalidad y las capacidades residuales de cada niño. En el caso de niños con múltiples discapacidades, como suele ser el de los parálíticos cerebrales, antes de tomar una decisión definitiva sobre el tipo de programa especial, se hará una evaluación escolar teniendo en cuenta el nivel intelectual y la discapacidad física, así como su relación mutua.

Los niños, incluso los que tienen graves discapacidades, están deseosos de aprender y este deseo natural debe aprovecharse para su rehabilitación. En algunos casos, podrá utilizarse el método de la enseñanza individualizada para los niños que no puedan levantarse de la cama o se encuentren confinados en casa.

11. **Orientación vocacional:** se hará en la adolescencia. Uno de los períodos más críticos en la vida del niño discapacitado es la transición de la escuela al trabajo. Es el momento en que se ha de ayudar a elegir el oficio que pueda ejercer y que se encuentra dentro de los límites de sus capacidades físicas y mentales. Sin embargo, es igualmente importante la ayuda que el niño requiere como preparación para el mundo del trabajo y para encontrar el empleo adecuado.

La competencia por alcanzar un puesto, tanto en las instituciones educativas como en el mercado de trabajo, se hará cada vez más intensa; a no ser que se adopten medidas especiales para ofrecer oportunidades adicionales a los niños discapacitados, sus perspectivas de integración serán muy limitadas.

La formación profesional del niño discapacitado se ve obstaculizada por la falta de talleres dentro de la escuela. Con frecuencia abandona la educación especial sin una adecuada orientación profesional y sin una idea clara de sus capacidades. El inevitable desempleo o la larga serie de empleo de corta duración y los retrasos en la vuelta al trabajo provocan un sentimiento de frustración y fracaso. Muchos de estos niños han llevado una vida muy protegida en ambientes de internado. Si junto con la preparación profesional no se les imparte una educación especial en las actividades de la vida diaria, su primer contacto con el mundo exterior y con el empleo competitivo puede resultarles una experiencia traumática; por tanto, es necesario prepararlo para que comprenda la importancia de la puntualidad y las exigencias de un empleo a jornada completa.

12. Servicio Social: desde el momento del diagnóstico ayudando a conocer el lugar que el niño ocupa en el entorno familiar, los servicios disponibles en la comunidad, prestaciones de servicios asistenciales, transporte, etc.
13. Recreación y deporte: desde el momento del diagnóstico los programas de educación física y recreación tienen especial importancia para la rehabilitación de los niños discapacitados. Aunque la fisioterapia puede ser muy útil incluso para fortalecer el cuerpo, no se puede considerar un sustituto del deporte y de las actividades recreativas en grupo, que dan a los niños un sentido de participación social.

Así, la musicoterapia puede contribuir al desarrollo mental, intelectual y emocional del niño, independientemente de su talento o capacidad musicales.

La eliminación del temor al movimiento es una parte fundamental de la educación de los niños discapacitados y puede conseguirse mediante diversas actividades recreativas como excursiones, vacaciones de

verano, asociaciones juveniles, mereciendo una mención aparte el deporte.

## DEPORTE Y RECREACION EN DISCAPACITADOS

### **Rehabilitación en el deporte**

Si definimos la rehabilitación médica como la recuperación del discapacitado al máximo de sus posibilidades físicas, mentales, sociales y económicas, tampoco hay que olvidar la importancia de la recreación y el deporte como derecho inherente a toda persona.

A nivel internacional, la práctica del deporte y la recreación son elementos para tener en cuenta en el tratamiento de estos pacientes y su posterior orientación luego de rehabilitados.

En las lesiones del aparato locomotor la práctica del deporte se realiza sobre silla de ruedas, y en el caso de amputados, con o sin prótesis, de acuerdo a las reglamentaciones. Los ciegos y los discapacitados mentales necesitan una orientación especial, sin elementos ortésicos o protésicos.

Los deportes más practicados son: básquetbol, tenis de mesa, lanzamiento de jabalina de precisión, arco y flecha, esgrima, carreras y natación. Un caso excepcional es el de Harold V. Conolly, que venció en Melbourne estableciendo el récord mundial en el lanzamiento del martillo. Padecía una parálisis que afectaba totalmente el plexo braquial superior e inferior izquierdo. Su incapacidad, de origen congénito, le había provocado un conflicto psicológico y social desde la primera infancia. Conolly resolvió este conflicto en tal forma que pudo llegar a ser el más grande lanzador de martillo en la historia del atletismo.

### **Objetivos**

Tanto el deporte como la recreación tienen para los discapacitados tres objetivos fundamentales:

1. Como complemento terapéutico (psicológico y/o físico).
2. Como encauce a un ocio creativo.
3. Como forma de una pronta socialización.

## **Principios generales para el deporte en el paralítico cerebral**

1. Comenzar lentamente aumentando el ritmo gradualmente.
2. No realizar grandes esfuerzos que aumentan la espasticidad y los movimientos voluntarios.
3. Los ejercicios deben ser previamente estudiados.
4. Tener buena postura desde el inicio.
5. Las carreras y saltos aumentan la espasticidad.
6. Los lanzamientos pueden ser permitidos dependiendo del tipo de síndrome.
7. La natación es muy importante a cualquier edad y con cualquier síndrome, teniendo en cuenta que el equilibrio se mantiene mejor no abriendo los brazos. La temperatura adecuada es de 26° a 28° C y la permanencia no debe sobrepasar los veinte minutos.
8. El ciclismo, las caminatas y el remo son también deportes aceptables para estos pacientes.

## **OBSTACULOS QUE AFECTAN AL NIÑO DISCAPACITADO EN SU ENTORNO**

### **Entorno familiar**

Aunque en toda comunidad hay niños discapacitados, el hecho de que un niño sea diferente puede crear gran ansiedad en una familia, incluso si la discapacidad no es particularmente grave. Una de las formas de discriminación contra los niños

discapacitados es la tendencia, que todavía persiste, a quitarlos de la vista metiéndolos en una institución cerrada o guardarlos en casa, fuera de la vida diaria. Esta actitud se debe a una falta de comprensión de la verdadera naturaleza de la discapacidad del niño. Por ejemplo, algunos tipos de discapacidades que afectan a la capacidad del niño para comunicarse con los demás obedecen al hecho de que el niño se retira a su mundo interior, donde puede hacerse inasequible tanto a sus padres como a sus educadores. Este aislamiento puede complicar aún más los casos, multiplicando los efectos de la discapacidad original.

Si un niño nace con una discapacidad física o mental, aun cuando no plantee un problema real en otros aspectos (escolar, por ejemplo), puede afectar al orgullo paterno. Aunque la aceptación de los niños, incluidos los que tienen graves discapacidades, pueden producirse rápidamente, hay casos en los que el rechazo es constante, dando lugar a la innecesaria institucionalización del niño.

Si las actitudes de los padres no se orientan adecuadamente, pueden constituir un obstáculo a la rehabilitación manifestado en una protección excesiva, limitándoles su capacidad para aprender a llevar una vida más independiente.

Puede también ocurrir que la presencia de un niño discapacitado afecte a toda la relación familiar. Los padres pueden abrigar intensos sentimientos de culpa y los demás hermanos sentirse celosos por la mayor atención que se le da al hermano discapacitado. Sus padres pueden tomar decisiones cruciales respecto a su hijo discapacitado; por ello, deben estar bien informados para evitar tomar decisiones equivocadas que pudieran afectar al futuro de su hijo.

## **Entorno comunitario**

Los servicios comunitarios se organizan para que los niños discapacitados puedan seguir viviendo con sus familias. Compre-

den entre otros los siguientes: centros de asistencia diurna que incluyen centros preescolares y escolares, asistencia doméstica, etc.

En las zonas rurales, así como en barrios periféricos, muchos padres no conocen la existencia de servicios especializados como la fisioterapia, la logoterapia. Algunos niños discapacitados de tales zonas no reciben ningún tratamiento, y, por lo mismo, nunca van a la escuela y quedan marginados durante los primeros años de escolaridad. La buena utilización de los medios de comunicación, de folletos y otros métodos puede contribuir a la lucha contra todo tipo de prejuicios y discriminación de los niños discapacitados.

Los niños que tienen una discapacidad grave no pueden utilizar los servicios de transporte público, por no estar adaptados. También encuentran dificultades incluso para asistir a la escuela y a centros culturales y recreativos, así como otros edificios públicos debido a estrechez de las puertas, a la disposición de los ascensores, a la ausencia de rampas en las escaleras. Todas estas barreras físicas dificultan el desarrollo del niño discapacitado.

## **Entorno institucional**

Algunos niños discapacitados necesitan institucionalización, mientras que otros precisan de asistencia prolongada, pero no necesariamente de un confinamiento en una institución. Sin embargo, la necesidad de uno u otro tipo de asistencia sólo puede determinarse teniendo en cuenta en cada caso concreto la situación de la familia y la comunidad. En cualquier caso, sólo un porcentaje relativamente pequeño de niños precisan internamiento.

La repercusión con miras a la internación en una institución es la decisión que más seriamente puede repercutir en el futuro del niño discapacitado.

## Conclusión

La rehabilitación médica es un proceso integrador de un grupo multiprofesional que, como tal, se interrelaciona con todos sus componentes (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicomotricistas, educadores, psicólogos, asistentes sociales, técnicos ortopedistas y otras especialidades médicas).

De la buena comunicación entre sus miembros sólo sale un beneficiario: el niño DISCAPACITADO.

## ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL DISCAPACITADO FISICO

En el presente trabajo nos referiremos principalmente a aquellas variables psicológicas que influyen más directamente en los procesos de aprendizaje, y que por lo tanto han de ser tenidas en cuenta en cualquier situación de enseñanza.

## Inteligencia

En general, los *poliomiélticos* suelen presentar CCII normales, o incluso superiores a otros discapacitados. Respecto a los niños afectados de *miopatía*, distrofia muscular progresiva tipo Duchenne, los CI promedio se sitúan entre 80 y 85, lo que significa un nivel Normal-Bajo, pero además se encuentra un elevado porcentaje de casos con deficiencia mental de tipo Ligero (CI inferior a 70). Los niños afectados de *esпина bífida con hidrocefalia* presentan CCII sensiblemente inferiores, mientras que los que sólo son *parapléjicos* obtienen CCII completamente normales. Entre los niños con *parálisis cerebral* hay gran variación en función de la extensión de la lesión cerebral, pero de manera general los *atetósicos* tienen un nivel de inteligencia más alto que los *espásticos*.

## Percepción

Los grupos más afectados por alteraciones perceptivas son los *paralíticos cerebrales*. Dichas alteraciones consisten en una gran dificultad de análisis-síntesis. Así discriminan mal los detalles de una imagen, y son igualmente incapaces de sintetizar las partes de un objeto en un todo. Tienen problemas para reproducir estructuras incluso simples y para diferencias figura-fondo.

## Lenguaje

También en esta área requieren una especial atención los niños afectados por *parálisis cerebral*. Incluso en comparación con otros grupos de trastornos no motóricos, tales como el retraso mental o la epilepsia, el porcentaje de afectación del lenguaje en la parálisis cerebral es muy alto.

Entre los trastornos del lenguaje asociados a parálisis cerebral señalamos la *disartria*, trastorno de la articulación de la palabra que, en casos de afectación neurológica muy grave, puede resultar una incapacidad total para hablar.

## Afectividad

Otro aspecto de gran interés para el educador son los trastornos caracteriales que pueden presentar los minusválidos físicos independientemente de su nivel intelectual. Estos trastornos están en función tanto de la afección en sí como de la personalidad previa, si la lesión no fue congénita, y de la actitud que para él hayan tenido sus padres, compañeros, educadores... La frustración que sufre en general el niño minusválido da lugar a conductas pasivas, de indiferencia o resignación, o bien a conductas auto o heteroagresivas. Las reacciones neuróticas, las actitudes irrealistas, el refugio en la imaginación, etc., pueden citarse como los patrones de conducta más habituales.

## ASPECTOS PEDAGOGICOS Y METODOLOGICOS DEL DISCAPACITADO FISICO

La evolución habida durante los últimos años hacia la atención a niños con minusvalías cada vez más discapacitantes nos ha hecho adaptar nuestros programas educativos a las características de esta población escolar.

Dentro del marco de la Constitución Española, señalamos como objetivos:

1. El pleno desarrollo de la personalidad del alumno.
2. La formación en el respeto a los derechos y libertades fundamentales dentro de los principios democráticos de convivencia y del ejercicio de la tolerancia y la libertad.
3. La adquisición de hábitos intelectuales y de trabajo que les permitan, en un futuro y dadas sus características, la mayor independencia y autonomía posible, para poder desarrollar así toda su potencialidad.
4. La capacitación para el ejercicio de actividades profesionales.
5. La transmisión de conocimientos científicos humanitarios y estéticos.
6. Preparación para participar activamente en la vida social y cultural.
7. La formación de la paz, la cooperación y la solidaridad entre los pueblos.

**Desde el punto de vista eminentemente pedagógico,** podemos decir que los objetivos, en última instancia, serían:

- Aprovechar al máximo las posibilidades de cada uno de los niños, potenciándolas y afianzándolas a través de la acción educativa.
- Dotar a los niños de las competencias, destrezas, hábitos y actitudes que pueden facilitar su posterior adaptación a otras enseñanzas.

Partiendo del respeto al niño como ser evolutivo y como unidad global, la metodología debe cubrir los aspectos siguientes:

*Actividad:* El niño es un ser activo. Esto será fundamental como agente de su aprendizaje. Sólo a través de la acción y experimentación podrá elaborar sus estructuras mentales, su conocimiento, su individuación y su relación con el mundo. El juego es su actividad por excelencia, pasando luego a técnicas de estudio cuando el niño va adquiriendo la madurez necesaria para dicha actividad.

*Afectividad:* El niño necesita sentirse querido y ser capaz de querer. Necesita que su relación con la persona adulta y con otros niños esté caracterizada por el afecto, el respeto y la confianza. Teniendo en cuenta esto, estaremos proporcionando al niño la seguridad y el equilibrio necesarios para futuras relaciones humanas.

*Socialización y comunicación:* El sentirse querido y parte integrante del grupo de «sus iguales» proporciona recursos para la futura participación social.

*Bienestar:* Es necesario que el niño se mueva en un medio adecuado que garantice su salud, tanto física como psíquica.

Por lo tanto, **la metodología** a seguir tiene las siguientes características:

- a) Centrada en el alumno, en su vida, sus necesidades, tanto actuales como futuras y en sus intereses.
- b) Activa, de modo que el niño ponga en marcha los mecanismos operatorios que posee, para ir progresivamente aportándole otros nuevos. Sería una metodología basada en la observación, experimentación, investigación... A partir de ellas, el niño analiza, interioriza, comprueba, compara, elabora conclusiones, forma sus criterios, construye sus pensamientos.
- c) Globalizadora, ya que se entiende que el alumno está inmerso en un mundo lleno de estímulos que debe-

mos enseñarle a aprovechar y a integrar todo ello dotándole sucesivamente de mayor madurez lo que le capacitará para poder afrontar situaciones y conocimientos futuros.

**El material** con el que se contará para desarrollar al alumno parte del contexto educativo en el que se desenvuelve y siempre estará en función del objetivo y actividad que se vaya a desarrollar. Es importante en este apartado resaltar que, según la edad de los niños, es más conveniente el uso de un material específico (ya sea por el color, forma, textura, tamaño, tipo de impresión...).

El material por tanto responde a un proyecto educativo previo y es en este contexto donde adquiere importancia.

Se usará materiales que permitan al niño:

- Observar, explorar, investigar.
- Manipular y experimentar.
- Moverse y experimentar físicamente.
- Expresarse y hacer juegos simbólicos.
- Relacionarse con diferentes manifestaciones culturales, como libros de texto, material audiovisual, etc.

**En cuanto a la evaluación,** destacaremos:

1. La evaluación debe ser siempre formativa, de modo que nos sirva para conseguir un mejor conocimiento de la realidad colegial y así poder reorganizar el proceso educativo del centro.
2. La evaluación debe ir encaminada a todos los elementos del proceso educativo para conocer, lo más fundamentalmente posible, la eficacia en la formación de los alumnos: objetivos, actividades, metodología, recursos didácticos y estímulos personales. En particular debe ir encaminada a la organización del centro, del profesorado, a la actuación de los padres y a conocer los estímulos sociales y ambientales.

3. Debe servir de medio eficaz para saber los conocimientos de los alumnos, reorientar la programación, reajustar las actividades y para establecer sistemas de recuperación adecuados.
4. Todo sistema evaluativo debe llevar consigo los siguientes principios:
  - a) Tendrá carácter formativo.
  - b) Se desarrollará de modo continuo e integrado en el proceso de aprendizaje.
  - c) Considerará al alumno de una manera global.
5. Para determinar el grado de aprovechamiento de un alumno se atenderá fundamentalmente a los siguientes criterios:
  - a) El grado de asimilación de los objetivos programados en las diferentes áreas.
  - b) La capacidad de cada alumno, su *ritmo de trabajo*, su interés y su entrega, su actitud ante las distintas materias...
  - c) Los resultados de otras pruebas realizadas dentro del período educativo.
  - d) La atención y participación del alumno en la clase y en otras actividades.
  - e) El esfuerzo realizado y el interés demostrado: trabajos voluntarios, participación en el aula y en las actividades de tipo académico.

Como conclusión, podemos destacar que el objeto central será siempre el alumno y debemos poner especial cuidado en las características tan específicas e individuales de los alumnos. Consideramos importantísimo destacar que en toda programación se debe partir de las potencialidades del alumno, ya que éste puede ser capaz de ejecutar acciones y pensamientos que si se tiene prejuicios lo único que hacen es empobrecer los resultados de su trabajo.

Las personas discapacitadas tienen una riqueza interna variadísima y nos pueden enseñar muchas más cosas de las que con

nuestros ojos prejuiciosos podemos suponer: capacidad de superación, sensibilidad, comprensión, esfuerzo, sufrimiento... son sólo unos pocos adjetivos que no encierran ni mucho menos la amplitud de vivencias y sentimientos que son capaces de transmitirnos estas personas. Muchas veces de manera pasiva, pero en la mayoría de los casos activamente, estas personas hacen que brote de nosotros lo mejor de nosotros mismos y eso se lo debemos especialmente a ellos, a esos «discapacitados» que tan capaces son para tantas cosas; lo que pasa es que muchas veces nosotros no sabemos apreciar la gran dimensión de sus «pequeños» logros.

## ASPECTOS SOCIALES DEL DISCAPACITADO FISICO

En la actualidad, y atendiendo específicamente a la labor social con los minusválidos, suele establecerse un trabajo individual y con familias. Este trabajo es fundamental, ya que es en la familia donde el niño comienza a formarse una idea de sí mismo y del mundo, en función de los estímulos y aceptación que reciba de sus padres y hermanos.

El nacimiento de un hijo suele ser un momento esperado, pero si el niño nace con problemas, la familia, que tan ansiosa esperaba, entra en crisis, la relación de pareja se deteriora y comienzan los conflictos.

Los padres suelen caracterizarse por la sobreprotección, el rechazo o la resignación. En cualquiera de los casos, suele ir unido a la búsqueda de un «culpable», que lo único que consigue muchas veces es desestabilizar la relación de pareja y crear, finalmente, familias desestructuradas.

Sobre una muestra de doscientas familias estudiadas se ha establecido que la mayor parte de los niños procedían de los barrios periféricos de la ciudad y del sur (zona más desfavorecida económicamente).

Respecto al nivel cultural de las familias, se puede señalar que

la gran mayoría tiene un bajo nivel de formación. Un gran porcentaje son analfabetos absolutos o relativos.

Un gran porcentaje de los padres son trabajadores no cualificados, siguiendo los profesionales de oficio, parados y pensionistas. De las madres, la gran mayoría se dedica a la casa, siguiendo las no cualificadas.

Analizando todo esto, podemos deducir que las condiciones económicas no son muy favorables y que esta variable condiciona a algunas otras, que, unidas al bajo nivel cultural, convierten a todos ellos en miembros de la gran masa marginada de nuestra sociedad, pudiéndose volver a la hipótesis de que en condiciones desfavorables el porcentaje de niños con minusvalías es mayor.

La problemática con la que se encuentran actualmente los minusválidos es la de siempre: una falta de sensibilización por parte de los poderes públicos, una falta de información y de concienciación a la sociedad, y, por lo tanto, una falta de solidaridad y un total abandono hacia los más necesitados y desprotegidos.

Todo lo anteriormente señalado, más el hecho de que la mayoría de los padres cuenten con un grado de instrucción muy bajo, sumidos además en su propio ambiente (marginal en la mayoría de los casos), hace que vivan ajenos por completo y sin conciencia de lo que sus hijos les demandan cada día, en cada momento.

Por toda la falta de apoyo y demás factores anteriormente expuestos, la participación de las familias es escasa, debido por un lado a la falta de estímulos y por otro a la falta de responsabilidad de la sociedad.

Todas estas variables influyen en el chico, que ve cómo se anulan todas sus expectativas y salidas laborales en el futuro, ya que, por un lado, su familia no sabe cómo reivindicar sus derechos, y el Estado le ignora, atendiendo sólo a aquellos que pue-

den conseguir grandes éxitos en la vida y no a los que necesitan su apoyo para lograr, por fin, una sociedad en la que reine no un Estado democrático, que, como podemos comprobar, no nos sirve, sino un Estado de **justicia social**.

LA COMUNIDAD TERAPEUTICO-EDUCATIVA  
de la Ciudad de San Juan de Dios. Las Palmas de Gran Canaria.