

## **TEMA 1: NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (NEEs) Y ACTITUDES**

### **0.- INTRODUCCIÓN.**

- Conceptos previos: *deficiencia, discapacidad, minusvalías, necesidades educativas especiales*.
- Instituciones nacionales e internacionales, implicadas en la atención a personas con discapacidad.
- Desarrollo histórico: Hitos hacia la integración escolar y social. Actitudes fundamentales.

### **1.- LOS SEIS CONCEPTOS BÁSICOS: Deficiencia, discapacidad, minusvalía, prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades.**

#### **ONU. (1992) OMS. (1990)**

1ª ESTRUCTURA Anatómicas

**PREVENCIÓN DEFICIENCIA** Fisiológicas

2ª FUNCIÓN Psicológicas

**REHABILITACIÓN DISCAPACIDAD** Actitudes

**EQUIPARACIÓN**

**DE MINUSVALÍA** Roles sociales

**OPORTUNIDADES**

#### **OMS (1990)**

**Deficiencia:** Siempre que falte algo (en parte o en todo) de funciones o estructuras, o de las dos cosas, decimos que es una **deficiencia**, pudiéndose dar en varios grados. Los tipos existentes de deficiencias son:

- ANATÓMICAS
- FISIOLÓGICAS
- PSICOLÓGICAS

También se le llama deficiencia a toda falta o anormalidad de funciones o/ y estructuras tanto en exceso como en defecto.

**Discapacidad:** Es la falta de capacidad para realizar alguna capacidad normal; esta discapacidad puede ser total o parcial, pudiéndose dar una discapacidad permanente o pasajera en algún caso concreto. **Incapacidad,** es el grado extremo de discapacidad. No toda deficiencia da lugar a una discapacidad, pero esto sólo ocurre en muy pocos casos.

**Minusvalía:** Es la situación desventajosa socialmente, que la persona afectada por una deficiencia pueda desarrollar de una forma normal determinados roles sociales.

## ONU (1992)

**Prevención:** Son el conjunto de medidas para que una persona con discapacidad, recupere su nivel óptimo o, al menos, el mejor nivel que sea posible de vida. Dando lugar a dos grados de prevención: primaria y secundaria.

**Rehabilitación:** Es el proceso programado, reeducativo, para que la persona recupere su situación normal, y que el nivel de deficiencia disminuya.

La rehabilitación devuelve a la persona a su nivel óptimo de vida.

**Equiparación de oportunidades:** Es el proceso mediante el cual se pueda facilitar la situación de personas deficientes en el conjunto de la sociedad. No es sólo competencia de los responsables públicos, pues todos debemos de colaborar en su integración.

## **2.- HITOS HISTÓRICOS EN LA ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD. (ver cuadro)**

### **ÁMBITO INTERNACIONAL:**

**1959:** Niels E. Bank Mikkelsen, personaje danés, introduce en la legislación de su país la idea de que la persona con deficiencia mental puede desarrollar una vida lo más parecida posible al resto de las personas. Es la primera vez que aparece el concepto de normalización.

**1969:** Otro danés, B. Nierje, desarrolla esta idea, sugiriendo métodos para lograr este objetivo y, a partir de aquí, hace ver cómo esta normalización es provechosa para toda la sociedad, no sólo para personas con deficiencia.

**1972:** Aparece en Canadá el primer libro que habla del tema; se traduce a varios idiomas. En él se plantea que no hay que limitarse a los deficientes mentales, por tanto sus principios son aplicables a cualquier deficiencia, no sólo mental. La consecuencia que suscita es que la primera medida normalizadora que surge en la vida de una persona es la educación, en un ambiente lo más normalizado posible. Hasta ese momento nadie se lo había planteado; se cuestiona el valor de una educación especial totalmente separada o segregada.

**1960:** Movimiento por la Vida Independiente, en California. Son asociaciones promovidas por las personas afectadas o por personas de su entorno. Puede decirse por tanto que los avances no proceden sólo de la ciencia, de los expertos, etc.

**1978: Informe Warnock:** Es el informe de una comisión de estudios respondiendo si era posible la normalización, a la que dio una respuesta afirmativa.

Condiciones generales y necesidades especiales que tendría una persona con discapacidad:

- 1)– Necesidades educativas especiales.
- 2)– Posibilidad de dar educación especial en centros normales.
- 3)– Educación especial aparte (casos en los que la integración no es posible)
- 4)– No sólo necesidades educativas, también económicas, sanitarias, asistenciales, de apoyo familiar...

**1983: O.I.T. (Organización Internacional del Trabajo):** Readaptación profesional y empleo para personas con discapacidad.

**1988:** El Consejo de Europa aprueba Programas de Acción Comunitaria; HELIOS: intercambio de iniciativas, ideas,...

Handicaped of the

European Com.

Living

In a

Open

Society

**1990: Ley A.D.A.** Es la primera ley que describe y codifica las sanciones para los que cometan actos de discriminación contra personas con discapacidad.

**1992: A.A.M.R. (Asociación Americana para el Retraso Mental).** Introduce un nuevo concepto de lo que es habilidad mental.

**1993: T.I.D.E.** Intenta aplicar el desarrollo tecnológico a las personas que más lo necesitan.

**EN ESPAÑA:**

**1857: Ley de Instrucción Pública:** En sus artículos se establece en que cada distrito educativo debe haber un colegio para niños sordos y ciegos. Sin embargo los medios no permiten llevarlo a la práctica.

**1933: I.N.R.I. (Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos)** Este tipo de centros estaban centralizados, porque había falta de medios. Muchos están concentrados en un tipo de problema o deficiencia y a pesar de medios, intentan dar respuesta a todas las necesidades (servicios, sanidad,...)

**1939-41:** El **Instituto Nacional de Ciegos (I.N.C.)** Transfiere sus funciones a la **Organización Nacional de Ciegos Españoles** (O.N.C.E.)

**1970: Ley General de Educación:** En ella se menciona y establece de forma organizada la realidad de la educación especial, la cual no está concebida como integración. Como consecuencia, aparecen más iniciativas que lo completan:

**1975: I.N.E.E. (Instituto Nacional de Educación Especial)** Sus dos misiones son:

1.- Organizar la complejidad de la educación especial: los centros son públicos y privados, que dan lugar a muchos centros, situación parecida a lo que ocurre con ONG's y centros de voluntariado. Hay diversidad pedagógica y administrativa.

2.- Asegurar la gratuidad de la educación especial, también en los centros privados.

**1976: Real Patronato:** Organismo de alto nivel del Estado que engloba diversas áreas de la sociedad. Está presidido por el ministro de turno de Asuntos Sociales y tiene como vocales a ministros de otras áreas (sanidad, educación,...). Pero no sólo están representados organismos públicos, también asociaciones, expertos, científicos, etc. Sus funciones son:

- Promover la actividad pública y privada, impulsar y promover facilidades para personas con discapacidad.
- Punto de encuentro de los sectores públicos y privados implicados en ello.
- Elaborar informes sobre otras iniciativas, por ejemplo legislativas.
- Mantener vías de documentación, información,...

**1977: Comisión especial del Congreso sobre problemas de subnormalidad y minusvalidez:** Se encarga de preparar las futuras iniciativas legislativas sobre la materia.

**1978: Constitución Española:** El Estado, a todos los niveles, está obligado a impulsar políticas de promoción para personas con discapacidad o minusvalías; compensar positivamente la situación de estas personas (equiparación de oportunidades).

**1978: Plan Nacional de Educación Especial:** El Real Patronato encarga al I.N.E.E. su elaboración.

**1978: INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales)**, actualmente **IMSERSO (Instituto para las Migraciones y Servicios Sociales)** En principio se encargaba sólo de minusvalías físicas. Hoy es una entidad gestora de la Seguridad Social, distribuye medios económicos para ayudas a cualquier nivel social.

**1982: L.I.S.M.I. (Ley de integración Social de Minusválidos)** Esta ley está basada en principios básicos, como la Carta de Derechos Humanos, los Derechos del Deficiente, artículos de la constitución Española, etc. Es una ley orgánica.

### **3.- FRENTE DE LA ACCESIBILIDAD.**

#### **ACCESIBILIDAD AL MEDIO FÍSICO.**

##### **• Vía pública (entorno arquitectónico)**

– Aceras más anchas.

– Hacer rampas inclinación determinada >> menos pendiente.

material adecuado >> no deslizante

– Rebajar los bordillos de las aceras.

Semáforos con señal acústica y/ o con mando de espera.

##### **• Entorno inmediato (edificios, viviendas)**

– Hay muchos escalones, sobre todo para acceder a los ascensores. >> en la actualidad, los edificios nuevos deben estar adaptados para las personas con discapacidad (rampas, plataformas elevadoras, etc.).

– Dentro de las viviendas, hoteles, cines, teatros, también existen muchas dificultades para la persona discapacitada.

– En los ascensores, las botonaduras (las teclas de los pisos), ya vienen en lenguaje braille, aunque no en todos es así.

##### **• Transporte público y privado.**

–Es muy difícil adaptar el transporte a personas discapacitadas.

–Las personas ciegas que han sido bien entrenadas, tienen un nivel menor de dificultad para acceder, por ejemplo a metros, autobuses, trenes.)

- **Ayudas técnicas.**

(= dispositivos que facilitan la vida de las personas) >> mecanismos, prótesis,... que en su mayoría son muy eficaces pero tienen un alto coste económico; pero también una ayuda técnica puede ser una silla de ruedas, coches adaptados para personas discapacitadas físicas, teléfono de texto para sordos, ordenadores especiales para que sean utilizados por personas ciegas...

## **ACCESIBILIDAD A LA EDUCACIÓN:**

- **Integración escolar: total y parcial.**

–**Total:** requiere unos medios humanos y técnicas especiales, pero en aulas normales.

–**Parcial:** Aulas especiales pero en colegios normales. Reproduce la idea de segregación o de gueto, es discutible que sea una verdadera integración.

–En los centros públicos se van tomando medidas de integración, pero en los concertados hay problemas de obtención de personal de apoyo; muchas veces se les acusa de la no-colaboración de manera suficiente, pero lo que suele ocurrir es que tienen problemas para incorporar el equipo docente de apoyo necesario, por falta de medios económicos destinados a este fin.

–Al contrario, en los colegios públicos, sí existe equipo de apoyo dotado con ayudas económicas oficiales.

–Cuando todo esto no es posible, realizarlo en centros normales, existen centros de educación especial; aunque no hay que olvidar que el objetivo es integrar de forma social a la persona, al individuo que posee alguna discapacidad.

## **ACCESIBILIDAD AL MEDIO LABORAL:**

- **Nivel básico de protección:** Dar facilidades para el acceso a un empleo normal.

- ♦ **Trabajo en empresas:** A veces no es posible cumplir con esa obligación (2% de minusválidos), porque no hay aspirantes, porque el trabajo no es compatible con esas personas.

- ♦ **Subvenciones y rebaja fiscal en la contratación de personas con discapacidad:** Algunos empresarios han contratado a personas con discapacidad por motivos económicos y no como forma de integración. A veces estas personas son objeto de fraude.

- ♦ **Subvenciones y estímulos para los trabajadores autónomos con discapacidad:** Pequeñas empresas familiares donde trabajan personas con discapacidad.

- ♦ **Oferta de Empleo público:** Debe de haber plazas reservadas del total a personas con discapacidad.

- ♦ **Ergonomía:** Técnica que trata de la adaptación del puesto de trabajo a las necesidades físicas del trabajador. (Esta técnica no es sólo aplicable al trabajo.)

- **Niveles especiales de protección:**

- ♦ **Centros Especiales de Empleo:** Creados para dar trabajo a personas con un índice de discapacidad de al menos un 33%. Estos centros deben ser un producto vendible y de calidad (= competitivo), en las condiciones de cualquier otra empresa, económicas, fiscales y de contratación especiales. En determinados puestos, puede haber personas normales (sin ningún

tipo de discapacidad)

- **Centros ocupacionales de carácter no-lucrativo:** Son centros para personas cuyo grado de discapacidad no les permite trabajar en empresas normales, ni siquiera en Centros Especiales. Se está intentando que los productos que producen, se puedan vender a otras empresas, de la misma forma que los Centros Especiales de Empleo. Estos centros no están hechos para competir en el mercado. En muchos de los casos, siempre que existen fondos para un buen fin, por detrás casi siempre existe fraude.

### **ACCESIBILIDAD AL OCIO Y A LA VIDA COMUNITARIA:**

- **Ayudas a la familia:**
  - Subvenciones, ayudas y desgravaciones
  - Externa y a domicilio
  - Familia sustitutiva. Adopciones y familias de acogida
  - Residencias actualizadas
- **Integración a través de las actividades lúdicas y deportivas.**

### **TEMA 2: Deficiencias sensoriales: 2.1. DEFICIENCIAS AUDITIVAS.**

#### **1.- FACTORES.**

##### **1.1.- En función del grado de pérdida auditiva:**

**Pérdida auditiva:** Cuánto volumen de sonido necesita una persona para empezar a oír algo.

La intensidad es el volumen. Se mide en decibelios (dB); la frecuencia del sonido se mide en hercios (Hz). El sonido que se mide en decibelios tiene distintos niveles:.

**Audición normal:** Es la que poseen aquellos sujetos, cuyo umbral auditivo es inferior a 20 dB, percibiendo el habla sin ninguna dificultad.

**Deficiencia auditiva leve:** El umbral de audición se sitúa entre 20 y 40 dB, por lo que en condiciones normales pueden pasar desapercibidos. Sin embargo, en ambientes ruidosos pueden tener dificultades para entender de forma precisa los mensajes, sobre todo cuando se utilizan palabras de uso no muy frecuente. La colocación de una prótesis adecuada y la intervención logopédica en aquellos casos en que existan trastornos de articulación acostumbran a ser suficientes para que el niño siga su escolaridad con total normalidad.

**Deficiencia auditiva media:** el umbral de audición se encuentra entre 40 y 80 dB. Aunque ésta es la intensidad a la que se emite una conversación normal y es posible que el sujeto con una prótesis bien adaptada adquiera la oralidad por vía auditiva, aparecen déficits. Las dificultades son mayores a medida que el umbral medio se aproxima o supera los 70 dB. Como se recoge en documentos sobre la intervención, se hace necesario optimizar las condiciones receptivas de su vía auditiva mediante una prótesis bien adaptada, estimulación auditiva y apoyo logopédico<sup>2</sup> (M.E.C., 1991) A partir de este grado de pérdida, este tipo de intervención es indispensable.

**Deficiencia auditiva severa:** Es aquella cuyo umbral está entre 70 y 90 dB y sólo pueden percibir algunas palabras amplificadas. Su proceso de adquisición del lenguaje oral no se realizará de manera espontánea, por lo que será imprescindible una intervención logopédica, tanto con el fin de lograr un habla inteligible, como para desarrollar un lenguaje estructurado y rico en vocabulario (M.E.C., 1991).

**Deficiencia auditiva profunda:** El umbral auditivo es superior a 90 dB. Estos niños no pueden percibir el habla a través de la audición. Necesitan la ayuda de códigos de comunicación visogestuales para acceder a la totalidad de la información.

*Marchesi: correspondencias aproximadas de la intensidad del sonido:*

|       |                     |        |                 |
|-------|---------------------|--------|-----------------|
| 20 dB | Habla en cuchicheo  | 80 dB  | Tráfico ruidoso |
| 40 dB | Habla suave         | 100 dB | Perforadora     |
| 60 dB | Conversación normal | 140 dB | Reactor         |

Los grados de pérdida auditiva descritos, se refieren convencionalmente a un rango de pérdida auditiva de puro tono audiométrico, que sitúan al individuo en un lugar promedio en función de la pérdida. Sin embargo, esta es una forma general de registrar la pérdida auditiva que no toma en consideración posibles variaciones individuales en el perfil perceptual o algunas capacidades de determinados sujetos, como son la preservación de algunos restos auditivos en determinadas frecuencias y que pueden ser de especial importancia para obtener mayores logros en su reeducación logopédica que en otros sujetos que tienen el mismo grado de pérdida.

Es importante matizar que las clasificaciones que se centran en el grado de pérdida aluden directamente a la cantidad de audición perdida, incidiendo en la discapacidad auditiva. Sin embargo, es fundamental considerar también la calidad de la misma.

## 1.2.– Según la edad de la pérdida auditiva:

Es de especial relevancia destacar el interés de la edad del sujeto en el momento de la pérdida auditiva, ya que en una *sordera congénita o prelocutiva* tiene repercusiones mucho más graves para la comunicación y para la adquisición del lenguaje hablado que una *sordera adquirida después de la primera infancia o postlocutiva*, una vez que se han desarrollado en el sujeto las habilidades básicas de comunicación.

**Sordera congénita:** La persona nace ya con la deficiencia, nunca ha oído. Se pierde la información verbal.

**A partir de la primera infancia (0–3 años):** Tienen un nivel de habla interna bastante alto y esto se debe a que la persona que se queda sorda después de los tres años posee ya la base cognitiva del lenguaje.

## 1.3.– ¿A qué puede deberse la sordera?:

Desde 1980, las mayores causas de lesiones auditivas graves identificadas en niños pequeños son hereditarias, citomegalovirus (CMV), meningitis y complicaciones de los niños prematuros. Los factores genéticos hereditarios, son las causas conocidas de aproximadamente un 50% de sorderas. Aproximadamente 1/3 de todos los casos de sordera genética se refieren a síndromes tales como el síndrome de Waardenburg o el síndrome de Usher.

Las complicaciones durante el embarazo materno (prenatal) o perinatales (en el momento del parto/nacimiento) que puedan dar lugar a la sordera, incluyen la rubéola de la madre, que era la mayor causante de sorderas en la década de los 60; la incompatibilidad sanguínea madre-hijo, tales como las complicaciones con el factor Rh; hiperbilirrubinemia; citomegalovirus; infecciones; prematuridad o complicaciones del parto, pueden resultar en anoxia (falta de oxígeno) o en lesiones durante el proceso de nacimiento. Causas postnatales (después del nacimiento) de sordera incluyen la otitis media, la meningitis y traumatismos craneales, estos últimos bastante frecuentes en niños en edad escolar.

**Enfermedades infecciosas:** La rubéola prenatal puede producir pérdidas visuales, retraso mental y problemas cardíacos. El sarampión, las paperas y la meningitis también pueden causar pérdidas auditivas después del

nacimiento.

**Traumas:** En este apartado se consideran las lesiones mecánicas y la anoxia perinatal (lesión cerebral ocasionada por traumatismo encefálico en el momento del parto). La sordera debida a la anoxia se encuentra entre las más frecuentes.

**Problemas de desarrollo fetal:** Se incluirían aquí aquellas sorderas ocasionadas por problemas en el desarrollo durante el período prenatal (por ejemplo, un desarrollo incompleto del pabellón auditivo externo)

**Prematuridad:** En este grupo se incluyen a los niños con un peso natal muy bajo, lo que acostumbra a tener repercusión en déficits neurológicos. En ocasiones estos niños deben permanecer tiempo en incubadoras, y esta necesidad puede afectarles en algún grado la audición como consecuencia del ruido a que están sometidos los bebés en este tipo de máquinas (aunque los avances han permitido que este ruido sea cada vez menor).

**Causas metabólicas:** Condiciones heredadas asociadas con retardo mental, pueden incluir pérdida auditiva. *Dismetabolias*: alteraciones metabólicas.

**Causas tóxicas:** Drogas o medicación suministradas a las madres durante la gestación (por ejemplo la estreptomycin puede causar pérdida auditiva profunda en el feto). Altos niveles de bilirrubina en la corriente sanguínea infantil pueden provocar pérdida auditiva. Gracias a los avances de la medicina estas alteraciones son cada vez menos frecuentes.

**Causas genéticas:** Se estima en un porcentaje del 50% de las pérdidas auditivas congénitas. Diferentes factores genéticos pueden ocasionar complicaciones.

Debemos tomar en consideraciones dos consecuencias fundamentales de alguna de las causas aludidas. En primer lugar, que alguno de los trastornos puede provocar, además, daños cerebrales y hándicaps adicionales (por ejemplo, la rubéola, la meningitis y la anoxia), complicando el cuadro de desarrollo. En segundo lugar, la alta incidencia de factores genéticos hace que los padres sordos o con antecedentes familiares de sordera tengan un alto nivel de posibilidades de que sus hijos sean también sordos. Esto tiene otro tipo de complicaciones cognitivas, educativas y culturales.

Hay que diferenciar los términos genético y congénito. Este último, hace referencia a que la persona nace con el problema, pero puede ser o no un problema genético, hereditario.

#### **1.4.- En función de la zona donde se localiza la lesión:**

Desde un punto de vista médico o clínico, ha sido habitual clasificar las sorderas según el lugar del aparato auditivo donde se localiza la lesión. Desde este punto de vista se clasifican en: sordera conductiva o de transmisión, sordera neurosensorial o de percepción y sordera mixta.

Si bien es de cierta utilidad para los educadores poseer información sobre el lugar donde se localiza la lesión auditiva, esta información vendrá facilitada por el otorrino o audiólogo.

**Sordera conductiva o de transmisión:** Los trastornos se localizan en el oído externo (por ejemplo otitis, malformaciones, ausencia de pabellón externo) o en el oído medio (por ejemplo presencia de sustancias o de cuerpos extraños). En consecuencia, están ocasionadas por la transmisión del sonido por alteraciones en el mecanismo que conduce los impulsos sonoros desde el pabellón auditivo al oído interno y, si bien pueden provocar graves alteraciones, a menudo no afectan a la habilidad de reconocimiento de palabras. En general, sus efectos no son muy graves, llegando incluso a suprimirse sus posibles consecuencias cuando se procede al tratamiento o intervención quirúrgica pertinentes a la mayor brevedad. Para ello es conveniente su detención temprana a la que contribuyen con bastante frecuencia y eficacia los educadores desde las aulas de

educación infantil y primaria.

Álvaro Marchesi destaca la frecuencia de este problema en los niños de niveles correspondientes a la escolaridad obligatoria y señala que cerca de un 20% de esta población sufren algún tipo de dificultad auditiva de estas características en algún momento de su escolaridad.

**Sorderas neurosensoriales o de percepción:** Están ocasionadas por lesiones o difusiones que afectan desde el oído interno hasta el área auditiva del lóbulo temporal. Muchas sorderas prelingüísticas son de este tipo. Revisten mayor gravedad y acostumbran a ser permanentes y de pronóstico más complicado que las sorderas de transmisión. Su origen puede ser diverso y pueden conllevar en ocasiones hándicaps adicionales y variabilidad en los grados de pérdida auditiva.

**Sorderas mixtas:** Tienen componentes de percepción y componentes de transmisión. Un individuo sordo con una sordera mixta puede tener dificultades de experiencia, tanto con el sonido como con la distorsión del mismo.

### 1.5.– Basadas en criterios educativos:

En educación se acostumbra a clasificar a los niños con déficit auditivo en unas categorías menos clínicas, más amplias y comprensivas, menos centradas en el déficit y más en las necesidades educativas especiales de estos niños. Por dicha razón, con mayor frecuencia en los ámbitos próximos a la intervención educativa, se establece la distinción entre hipoacústicos y sordos profundos.

**Hipoacústicos:** Sujetos cuya audición es deficiente, pero de una características tales que, con prótesis o sin ella, es funcional para la vida diaria y su déficit le permite la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva, aunque tal vez adquiriera un lenguaje en el que se noten algunas deficiencias de articulación, léxico y estructuración mayores o menores en función del grado de hipoacusia.

**Sordos profundos:** Sujetos cuya audición no es funcional para la vida ordinaria y no les posibilita la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva, aunque si puede hacerlo, en mayor o menor grado, por vía visual. Básicamente un niño es considerado sordo profundo si su pérdida auditiva es tan grande que, incluso con una buena amplificación, la visión se convierte en el principal lazo con el mundo y en el principal canal de comunicación (M.E.C. 1991).

En los padres de niños sordos se pueden dar dos posturas ante el problema:

- Aceptación del problema y aceptación del niño con ese problema.
- Actitud de rechazo. Se llega a culpar al niño de su deficiencia.

#### **Rechazo**

Los padres no se dan cuenta del problema.

Es un mecanismo de defensa, negar los **ACEPTACIÓN**

Problemas para no enfrentarse a ellos,

#### **Negación**

**Sobreprotección:** La mayoría de los niños sordos no tienen padres sordos, sólo el 10% de niños sordos tiene padres sordos. El niño sordo acaba teniendo problemas de comunicación con las personas de su entorno.

## 2.- DESARROLLO EVOLUTIVO.

El hecho de que una persona pierda el oído o la vista, nos hace plantearnos la pregunta de que si esto puede afectar a su desarrollo psicológico evolutivo (puede afectar al desarrollo lingüístico, al desarrollo afectivo, al desarrollo psicológico, etc...)

Se trata de ver si el desarrollo es normal o no, y lo mejor es coger dos muestras exactamente iguales, con la única diferencia o excepción, de que una de ellas posea sordera profunda y la otra no.

En los años 70, un grupo de investigadores observaron que:

- En la etapa sensomotriz no se encontraron muchas diferencias, sólo en lo correspondiente a la imitación de sonidos vocales.
- En el siguiente período (etapa de la lógica concreta) ya si que se iban percibiendo más diferencias.
- En la fase de la lógica formal es donde ya sí se encontraron muchos problemas, y se vio como muchos adolescentes no completaban en su totalidad esta fase por ser personas con problemas de sordera.
- El papel mediador del lenguaje oral es muy importante (Vygotsky).

Algunos investigadores empezaron a observar, a investigar qué problemas concretos poseen los sordos:

- Algunas personas sordas, la función cognitiva de auto-regularización, auto-organización, no les funcionan de un modo correcto.
- No todos los sordos pierden por igual el oído. Los que no pierden tanto esta función son las personas que, desde pequeñas han recibido lengua de signos (esto ayuda bastante). Los signados, estructuran más su comunicación (por medio de signos), su comportamiento,...
- Desarrollo del juego simbólico aparece más tardes que en los oyentes, por dos motivos:

**\*Falta de contactos comunicativos** (padres, amigos, gente,...) El juego es una forma de asimilación Piaget

**\*Menor contacto significativo:** la interacción social y afectiva está Bastante restringida (muchas personas sordas piensan que están marginados, y esto es debido a que en su niñez, en los primeros meses de vida, no han recibido una atención normal afectivamente.)

- Capacidad para recibir y transmitir información. Esto nos hace ver la cantidad de información útil, que las personas sordas se pierden. También aquí se observa que las personas que habían recibido lengua de signos, captaban mayor número de información.
- Capacidad de resolver hipótesis: los sordos tienen muchas dificultades también en este ámbito. Las dificultades vienen dadas por la falta de interacción, de capacidad lingüística, capacidad de auto-organización,...
- Atención dividida: afecta también a los deficientes visuales. Una persona con un problema sensorial, no puede atender simultáneamente a dos modalidades sensoriales.

Estos hallazgos guían la experimentación para saber cómo educar, como debería recibir la educación la persona deficiente auditiva.

### 3.- MÉTODOS DE TRATAMIENTO.

Hay dos formas o modelos opuestos de cómo ayudar a las personas sordas en su tratamiento:

| MÉTODOS   | ORALISTAS                                                                                     | NO ORALISTAS                                                                                                                                                          |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETIVOS | Devolver o INCULCAR el lenguaje oral.                                                         | Usar códigos alternativos.                                                                                                                                            |
| FECHAS    | 1880: Congreso de Milán (1)                                                                   | 1980: Congreso de Hamburgo(2)                                                                                                                                         |
| TÉCNICAS  | *Entrenamiento intensivo -----LOGOPEDIA<br>*Ayudas técnicas<br>*Cirugía (implantes cocleares) |                                                                                                                                                                       |
| MÉTODOS   | *Lectura labial.<br>*Cued-Speech.<br>*Verbotonal (Dr. Guberina, 1966)                         | *Dactilología (J. Pablo Bonet,1620)<br>*Lenguas de signos (LSE(3), BSL,...)<br>*SAAC (=Sistemas <u>A</u> lternativos y <u>A</u> umentativos de <u>C</u> omunicación). |

(1): Los métodos oralistas eran los auténticamente verdaderos y científicos

(2): Empieza a valorarse los métodos de códigos alternativos.

(3): LSE: Lengua de Signos Española; BSL: Lengua de Signos Británica; ASL: Lengua de Signos Americana

### **TEMA 2: Deficiencias sensoriales: 2.2. DEFICIENCIAS VISUALES.**

#### **1.- CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN.**

##### **1.1.- Definición de los conceptos de agudeza visual y campo visual:**

**Agudeza visual. Índice de Wecker:** Es el grado de eficacia de la vista humana, es decir, es la capacidad para discriminar entre dos estímulos visuales distintos a una determinada distancia. El índice de Wecker es la medida más usada para medir la agudeza visual, y se obtiene mediante el cociente entre la distancia real (=es la distancia a la que se distingue un objeto) y la distancia teórica (= es la distancia a la que sería capaz de distinguir un objeto).

Distancia real 10

**Visión Normal** = ----- = -----

Distancia teórica 10

\*Hay un punto donde sí existe el problema de padecer ceguera. Sería cuando la visión normal tuviese como resultado: 1/10 en vez de 10/10.

**Campo visual:** es la medida física que permite saber cuánto abarca la visión de una persona.

\*Si el campo visual se reduce, también se produce ceguera. Cuando el campo de visión es < 35°, son considerados ciegos.

## 1.2.– Otros conceptos:

**Ambioplía:** Esta palabra en un principio definía una afección de la visión por debilitamiento del nervio óptico. También se conoce a esta afección con el nombre de *amaurosis* (La persona va perdiendo la visión).

También la ambioplía se refiere a alteraciones graves de la visión, pero que no son todavía ceguera.

La ambioplía también sirve para designar a personas que tienen un criterio de ceguera en uno de los ojos.

**Verbalismos:** Es un defecto del lenguaje, que consiste en utilizar palabras que en la realidad no saben lo que quiere decir o simplemente no existen. Esto les suele pasar a niños ciegos.

**Manierismos:** Comportamientos psicomotrices que consiste en unos movimientos posturales con cierta rigidez, y esto es muy típico en personas ciegas.

**Cieguismos:** Tiene que ver con la expresividad mímica. Muecas exageradas (de la boca de las manos...), que tiene que ver con la lateralidad. El uso de las gafas oscuras puede deberse a este descontrol motriz (aunque no hay que olvidar que pueden utilizarse para que este tipo de personas se protejan del sol).

## 1.3.– Detención de problemas visuales en la escuela: *ver cuadro (MOL– Pág. 282)*

## 2.– ETIOLOGÍA. (Posibles causas de la ceguera). *Ver MOL Págs. 278–279*

Acromatopsia, aniridia, catarata, coriorrenitis,

**Algunas enfermedades** desprendimiento de retina, glaucoma,

**propias del ojo.** nistagmus, queratitis, queratocono,

**(Las más frecuentes)** retinopatía diabética, retinopatía pigmentaria

...

**RETINA:** Membrana interior del ojo, en la cual se sintetizan las impresiones luminosas y se representan las imágenes de los objetos. De ella parten las fibras componentes del nervio óptico.

**NISTAGMUS o NISTAGMOS:** Tiene que ver con los músculos del ojo y consiste en la incapacidad para controlar el movimiento de los ojos.

**CORIORRENITIS:** Afección del coroides que puede afectar a la retina.

**Algunas enfermedades ACROMATOPSIA:** Consiste En la no distinción de los colores.

**del coroides y la retina DESPRENDIMIENTO DE RETINA.**

**RETINOPATÍA DIABÉTICA.**

**RETINOSIS PIGMENTARIA.**

## 2.1.– Posibilidades para beneficiar a los niños ciegos:

- ♦ Situarlo en las primeras filas de la clase.

- ◆ Cuidar el ambiente.
- ◆ Controlar la pronunciación y dar instrucciones específicas.
- ◆ Atención a los cambios en cuanto a la colocación del mobiliario (se les debe advertir previamente de estos cambios).
- ◆ Ir leyendo todo aquello que se escriba en la pizarra.
- ◆ No estar pendiente de él obsesivamente. No caer en elogios excesivos, pues hay que integrarle.
- ◆ No fiarnos de nuestra mímica (pues, valga la redundancia, ellos no pueden ver nuestros gestos).
- ◆ Nombrar siempre a la persona ciega si nos dirigimos a él.
- ◆ Abrir totalmente puertas y ventanas para evitar que se choquen con ellas.

### **3.- CONOCIMIENTO Y REPRESENTACIÓN.**

#### **3.1.- El sistema háptico:**

Este sistema o modelo, permite a la persona con deficiencia visual poderse mover, desplazarse, orientarse de la manera más normal posible para así poder hacer vida autónoma.

El sistema háptico está formado principalmente por el sentido del tacto, aunque olfato y gusto también están presentes dentro de él. Por lo tanto, a la persona deficiente visual se la debe propiciar, a través de un entrenamiento, el aprendizaje de las formas de orientación por medio de la discriminación de puntos de referencia detectados por uno o varios sentidos, la utilización de los puntos cardinales a partir de condiciones espacio-temporales. Igualmente por aquellas habilidades sociales que posea el sujeto y que se hayan fortalecido en él, permitiéndole interactuar con los individuos de un grupo social. El instructor debe caminar con el limitado visual cuando se estén explorando nuevos recorridos; este procedimiento se debe realizar las veces que sea necesario utilizando las técnicas apropiadas y haciendo que la persona se oriente por medio de puntos de referencia; por esto es importante que el instructor haga una buena descripción del entorno resaltando los detalles más importantes y relevantes.

Como ya hemos visto, una persona invidente, se guía principalmente por el sentido del tacto, aunque, si bien, también intervienen o pueden intervenir los sentidos restantes y que, en la mayoría de las ocasiones, los deficientes visuales aprenden a conocer los objetos, panoramas o escenarios a través de las descripciones o comentarios que realizan las personas que los acompañan; de ahí la importancia de hacer una buena descripción de los entornos.

#### **-Características desfavorables del sistema háptico:**

-Un reconocimiento táctil de los objetos es secuencial esto supone que dicho reconocimiento sea lento.

-Limitación de la susceptibilidad de algunos objetos hay objetos que la persona ciega no puede hacerse a la idea de cómo es, debido a que no los puede abarcar. (fuego, avión, edificios, catedrales, etc.) **EL RECONOCIMIENTO TÁCTIL ESTÁ MUY LIMITADO.**

-La persona invidente no se puede beneficiar de la combinabilidad visual.

#### **-Otros problemas:**

-La representación (mental) del espacio: describir cómo es el espacio para un ciego, es algo muy difícil de explicar.

-La movilidad por el espacio para una persona invidente es un reto muy difícil, ya que constantemente se

expone a retos diarios, como puede ser el de salvar las barreras arquitectónicas, tropezarse con objetos diseminados por aceras u otros espacios.

#### **-Características a favor:**

-El tacto está muy desarrollado, es perfectamente posible memorizar las impresiones táctiles al igual que se puede memorizar las impresiones auditivas.

-Uso del lenguaje (posibilidad de codificar el lenguaje semánticamente.)

-Se puede memorizar las cosas por medio del habla (en la mayoría de los casos, este tipo de memorización da mejor resultado que los tipos de memorización que tenemos las personas que vemos.)

FÁCIL DIFÍCIL

SENCILLO COMPLICADO

(1) Este pequeño esquema, da a entender, que no debemos magnificar a la persona ciega, lo que sí debemos hacer es **valorarla**.

(2) Lo que para nosotros puede ser complicado, difícil, a la persona ciega le resulta de lo más fácil.

#### **4.- DESARROLLO PSICOLÓGICO.**

##### **4.1.- Edad preescolar:**

**Búsqueda del objeto:** (*Fraberg; ver MCP pág. 221 y sig.*)

El niño ciego tiene una relación con los objetos que le rodean que es también complicada.

- **7 meses** Si le quitaba el sonajero (al niño ciego) no llora. >> Parece que hubiera desaparecido el objeto.
- **7- 8 meses** Empieza a fraguarse una cierta constancia del objeto. >> Intenta recuperar el objeto de manera ineficaz.
- **11 meses** El niño busca el objeto por el lugar por donde estaba, a veces, tiene éxito.
- **12 meses** Búsqueda audiomaneal. (= El niño busca el objeto guiándose únicamente por el oído.)

**Desarrollo motor:** (*ver MCP pág. 223*)

El desarrollo motor que posee el niño invidente, es muy similar al desarrollo que tiene un niño vidente. Algunos de los problemas que se dan en el desarrollo motor del niño deficiente visual son:

-Dificultad para levantarse.

-La conducta de gateo está poco frecuentada por los niños ciegos.

-Uso de las manos para moverse hace que pierda totalmente la orientación.

-El hecho de que tenga malas experiencias (por ejemplo, el hecho de tropezarse) le da inseguridad.

-Empiezan a andar con mucha ayuda y durante mucho tiempo (meses, años,...)

### **Juego simbólico:** (ver MCP pág. 225)

Las causas de su retraso son:

- Dificultad de reconocimiento.
- Dificultad imitativa por semejanza formal.

A partir de los 6 años se produce una recuperación bastante patente del juego simbólico, y la causa parece ser, la actuación del lenguaje.

### **4.2.– Edad escolar:** (ver MCP pág 226 y 227)

En este período se dan las **operaciones espaciales y lógico manipulativas**.

### **4.3.– Adolescencia:** (ver MCP pág 227 y 228)

Los posibles problemas que se dan en esta etapa son:

- Dificultad de la representación espacial, y por tanto, dificultad para el movimiento.
- El papel del lenguaje puede ayudar a desenvolverse al invidente en los casos de representación espacial y la manipulación de los objetos.
- Importancia del pensamiento lógico hipotético deductivo.

## **5.– EL SISTEMA BRAILLE.**

### **5.1.– Orígenes del sistema:** (ver SMA pág. 42 y 43)

### **5.2.– Características del sistema** (ver MCP págs. 233–238)

- La disposición de los puntos y el tamaño de las celdillas es óptima desde un punto de vista psicofísico.
- Es secuencial. Lo que induce a la lentitud.
- Los invidentes con más soltura utilizan las dos manos; la derecha para leer todo el texto y con la izquierda, leen los tres caracteres siguientes del párrafo siguiente.
- Pueden leer 114 palabras por minuto, mientras que las personas videntes leen 280 en el mismo período de tiempo.
- Pueden caer en errores (las letras que aparecen menos, suelen dar errores.
- Para poder leer un texto braille de izquierda a derecha, dicho texto debe haber sido escrito del revés (a modo de lectura con espejo.)
- Los ciegos deben saber escribir braille manualmente o a máquina (Máquina de escribir Perkins: consta únicamente de seis teclas) Sino se utiliza la máquina, se tiene que utilizar la pauta.
- Todo esto requiere más atención, más carga intelectual inmediata, más concentración; con lo cual, queda un menor estímulo para realizar otras actividades.
- El braille se aprende de una manera muy fácil para personas videntes.
- También es posible utilizar otros métodos como pueden ser cintas magnetofónicas; incluso ellos pueden hacer una lectura rápida en una cinta magnetofónica. Actualmente se está desarrollando innovaciones tecnológicas para las personas invidentes.

## **TEMA 3: NEEs DE LOS ALUMNOS CON DEFICIENCIA INTELECTUAL.**

## 1.- CONCEPTO Y DEFINICIÓN. Nueva definición de retraso mental a cargo de la AARM (Asociación Americana para el Retraso Mental.)

**El retraso mental hace referencia a las limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente.**

Las limitaciones de los sujetos con retraso mental, afecta a la vida corriente de las personas.

**LIMITACIONES SUSTANCIALES** están afectadas tres áreas fundamentales de la inteligencia: INTELIGENCIA CONCEPTUAL, INTELIGENCIA PRÁCTICA E INTELIGENCIA SOCIAL..

**Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la medida, junto con**

Existen medidas estándar de rendimiento intelectual.

La medida que aquí se utiliza es el cociente intelectual

### **Edad Mental**

CI = \_\_\_\_\_

### **Edad Cronológica**

–Si la persona tiene un Cociente Intelectual = 1; es un resultado normal.

–Cuando la EM ! (cuando la edad mental es mayor), no es malo, pues está por encima de la media de su edad, aunque **en extremo** no sería muy bueno, pues nos encontraríamos con el caso de los niños **superdotados**.

–El problema viene si la EM no coincide, es decir,  $EM < EC$ , ahí viene el retraso. La desventaja del test, es que no muestra la causa o las causas de ese retraso, sólo nos da datos.

Edad Mental x 100

CI = \_\_\_\_\_ = 100 (\*)

Edad Cronológica

(\*)Si el cociente de inteligencia está por encima o por debajo de 100, sin llegar a extremos, no quiere decir nada, pues esto puede venir dado (el resultado) por factores diversos.

**CI = 100! CI = 70/ 75!** a partir de aquí, el retraso es importante y hay que estar alerta.

**Limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.**

**El retraso mental se manifiesta antes de los dieciocho años.**

Algunas habilidades de las que se muestran aquí, pueden realizarlas de forma más o menos normal por personas deficientes mentales. Las personas con un CI = 85, son consideradas como casos límite, pues se puede empezar a pensar en casos de deficiencia mental.

**Para poder aplicar la definición de retraso mental, deben tomarse en consideración las cuatro premisas**

*siguientes:*

**1.– Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en modos de comunicación y en factores comportamentales.**

Podemos evaluar de forma errónea a personas sin retraso mental, ya que puede estar provocados por otros factores, por ejemplo, el idioma, las costumbres, etc.

**2.– Las limitaciones en habilidades adaptativas se manifiestan en entornos comunitarios típicos para los iguales en edad del sujeto y reflejan la necesidad de apoyos individualizados especiales.**

Es muy raro o muy poco frecuente, que un niño catalogado como deficiente en la escuela, fuera de ella, pueda ser el líder de su pandilla, barrio, etc. El niño en este caso no es deficiente.

**3.– Junto a las limitaciones adaptativas específicas existen a menudo capacidades en otras habilidades adaptativas o capacidades personales.**

Incluso en los casos donde hay habilidades adaptativas, podemos encontrar habilidades que están bien. En las habilidades que están mal, lo que debemos hacer es reforzarlas y poner empeño para que puedan llegar a estar bien.

**4.– Si se ofrecen los apoyos apropiados durante un período prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con retraso mental mejorará generalmente.**

No podemos modificar la capacidad intelectual de cada persona con retraso mental, lo que sí podemos hacer es modificar sus habilidades.

## **2.– CLASIFICACIÓN DE LA O.M.S. (ver SMA Págs. 104 y 105)**

**Deficiencia mental profunda (C. I. < 25):** Nivel intelectual no superior a los 2 ó 3 años de edad. Retraso en todas las funciones desde temprana edad. Lenguaje inexistente. Las relaciones personales son deficitarias.

**Deficiencia mental severa (C. I. < 40):** Representación muy pobre del desarrollo motor. Pueden aprender algo de lenguaje oral. Dificultad para la adquisición de habilidades académicas.

**Deficiencia mental moderada (C. I. < 55):** Buen desarrollo motor. Pueden llegar a comunicarse aunque tienen dificultades a la hora de la comprensión. Aprenden con dificultad ciertas habilidades académicas.

**Deficiencia mental ligera (C.I. < 70):** Dificultad para identificar en estos niños el retraso mental. Con el apoyo educativo, pueden llegar a desarrollar la comunicación y adaptación sociales adecuadas. Dificultad a la hora de encontrar anomalías somáticas. Inestabilidad, alteraciones del comportamiento, pasividad, sumisión, etc.

**Deficiencia mental límite (C. I. < 85):** Las personas que tengan un cociente intelectual entre 70 y 85, necesitan apoyos psicopedagógicos adecuados. Poseen dificultades académicas generalizadas, pero pueden superarse si obtienen apoyo escolar.

**3.– ETIOLOGÍA. (ver SMA pág. 208) Este punto no se estudia.**

**4.– DÉFICITS FUNCIONALES (ver MCP págs.275–283)**

Los déficits funcionales se pueden dar en cuatro lugares:

**Deficiencias en METACOGNICIÓN:** Se basa en aplicar tu inteligencia a saber de algo sobre tu propio conocimiento o inteligencia. Las personas con retraso mental les cuesta mucho tener una idea más o menos real de su propia capacidad intelectual.

**Deficiencias en los PROCESOS EJECUTIVOS DE CONTROL COGNITIVO:** Son los procesos mentales que rigen otros procesos. Están presentes en cualquier área de la actividad humana. El proceso ejecutivo de control cognitivo, sería aquel individuo que alerta, que informa a otro individuo sobre las tareas que el segundo debe hacer.

**Deficiencias en la TRANSFERENCIA Y GENERALIZACIÓN de aprendizaje:** Utilizar aprendizajes utilizados en un campo específico, y que es utilizado en otro campo totalmente distinto con el razonamiento de que también nos va a servir en este nuevo campo. El aprendizaje se va construyendo sobre las bases del aprendizaje anterior. Nunca se empieza desde cero en un campo que se nos presenta por primera vez.

Para niños con discapacidad, el paso de un concepto a otro es muy difícil, pues se bloquean con gran facilidad.

+ –

x problema que tiene una persona con discapacidad mental.

**Deficiencia en el PROCESO de APRENDER A APRENDER.**

## **5.– DESARROLLO PSICOLÓGICO.**

### **5.1.– El tópico de la eterna infancia:**

Pensamos que los deficientes mentales son personas infantiles. Esto no es así, aunque gran parte de sus rasgos, sus expresiones verbales pueden ser algo infantiles o adolescentes. Hay alusiones a los diminutivos para llamar a estas personas, debido a esta tendencia infantilista.

Muchas veces lo que catalogamos que tienen de infantil estas personas, luego no lo son tanto.

### **5.2.– La experiencia del déficit: – El temor al fracaso.**

#### **– El locus del control externo.**

Esta experiencia es una REALIDAD y que acompaña toda la vida. Tienen tendencia a evitar el ridículo, a esconderse, a avergonzarse, ya que tienen un gran temor a vivir, a tener un nuevo aprendizaje.

El locus del control externo, lleva a una situación de indefensión, de no saber qué hacer, puede llevar a la depresión. Una GRAN PROTECCIÓN, puede desembocar en una GRAN INDEFENSIÓN.

### **5.3.– Autoconcepto y relaciones sociales:**

Habría que conseguir que estas personas lleguen a tener una adecuada situación de ellos mismos, que vivan con autoestima, y que puedan aprender formas de relaciones sociales.

## **6.– SÍNDROME DE DOWN.**

### **6.1.– Concepto y descripción: (ver SMA Págs. 116–118)**

### **6.2.– Rasgos físicos. Sintomatología: (ver SMA Págs.. 118–122)**

### 6.3.– Etiología: (ver SMA Págs. 122–123)

El síndrome de down se debe a una alteración en la cadena de cromosomas. La alteración que la produce es la **TRISOMÍA del par 21**, por lo tanto, estas personas son físicamente distintas, ya que en vez de tener 23 pares de cromosomas tienen en total 47 cromosomas.

|                                                 |                                                     |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>PERSONA NORMAL:</b><br><br>23 + 23<br><br>46 | <b>PERSONA AFECTADA POR LA TRISOMIA DEL PAR 21.</b> |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|

Por lo tanto esta enfermedad se caracteriza por la irregularidad, del material genético por exceso.

El 95% de personas con síndrome de down, su problema proviene de la trisomía del par 21. También el síndrome de down se daría igualmente, en lo que se ha denominado con el nombre de ***translocación***. (Esto se da en un 35%)

21 21

#### **anomalía**

Otro caso que tiene relación con el síndrome de down es el mosaicismo (la persona que lo padece posee células normales y células trisómicas), y esto se da en un 2% de la población con síndrome de down.

23 + 23

46

Células normales, buenas

Células down

### **FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN LA APARICIÓN DEL SÍNDROME DE DOWN**

- Factores hereditarios. (Transmisión hereditaria del síndrome de down.)
- Factores externos: –Exposiciones radioactivas de baja intensidad.

–Agentes contaminantes.

–Edad de la madre.

### **TEMA 4: NEEs DE LOS ALUMNOS CON DEFICIENCIAS MOTÓRICAS.**

#### **1.– TRASTORNOS MOTÓRICOS SIN AFECTACIÓN CEREBRAL.**

##### **1.1.– Poliomelitis:**

Ha sido el mayor responsable de minusvalías físicas motrices. Actualmente está prácticamente erradicada por las campañas de vacunación.

Por circunstancias derivadas de la inmigración, se están volviendo a producir casos, de niños inmigrantes que no han tenido los medios preventivos adecuados.

Es una lesión de las raíces del movimiento de la médula espinal, como consecuencia de una infección vírica infantil.

Puede producir inmovilidad total o parcial. Una vez que se presenta, no tiene curación.

### **1.2.– Espina bífida:**

Es una malformación de la columna vertebral, que acaba teniendo consecuencias neurológicas. Espina bífida quiere decir un cierre incompleto del canal medular. La médula no está protegida. Esta malformación afecta al movimiento y/ o al control de esfínteres,

Se puede producir hidrocefalia en el 90% de los casos. Producirá un deterioro cerebral, lesión cerebral.

Cuando se detecta un caso de espina bífida, hay que controlar el problema hidrocefálico de forma quirúrgica. Este trastorno requiere, a su vez, control puramente psicológico y físico, y debe estar llevado por especialistas, asociaciones,...

**Meningocele:** Es una mal formación que se crea para defender el trozo que no está cerrado de la columna.

### **1.3.– Miopatías:**

Son degeneraciones, distrofias, o alteraciones básicas en el tejido muscular. Estas distrofias no afectan neurológicamente.

Se va generalizando de forma progresiva. Entorpece el movimiento. Las células musculares se van sustituyendo por otras. Los síntomas no se ven en el nacimiento (pero en la espina bífida y la meningocele, sí.) Se empieza a ver una torpeza,... se analizan (las miopatías) con una biopsia muscular pequeña del tejido muscular.

**Electromiografía:** Permite ver la evolución de la enfermedad. Ayuda a ver qué tipo de miopatía es y su evolución muestra donde hay movimiento y donde no lo hay.

Hay tres tipos de distrofias más conocidas:

a)– Distrofias tipo *Duchenne* (la más temible.)

b)– Distrofias tipo Landouzy–Déjerine.

c)– Distrofias tipo muscular ocular.

**a)– Distrofias tipo *Duchenne* (la más temible.):** Avanza con rapidez, se da en los varones y aparece en la infancia y en la edad escolar. Ocasiona la muerte. Se trata de una degeneración progresiva de los músculos voluntarios del esqueleto. Empieza por los miembros inferiores y va subiendo (los síntomas son tropezones, dificultad para ponerse en pie, etc.) Las personas que sufren este tipo de distrofia no durarían más de 15 años.

**b)– Distrofias tipo Landouzy–Déjerine:** No es tan amenazadora para la vida. Aparece más tarde. Los síntomas van bajando (de miembros superiores a inferiores.) Se da tanto en mujeres como en hombres. También es progresiva y más lenta. Es más compatible con la vida diaria de la persona que la padece.

**c)– Distrofias tipo muscular ocular:** Se llama así porque el primer síntoma se produce en los párpados (una especie de tic), luego pasa a los músculos de la laringe.

Hay más tipos de distrofias, pero más leves, con cierta minusvalía, pero es menos amenaza para la vida de la persona.

Lo que hay que tener en cuenta, es que todos los tipos de distrofias existentes, disminuyen la calidad de la vida.

## **2.– PARÁLISIS CEREBRAL.**

### **2.1.– Definición:**

Es una enfermedad que no se cura, pero que tampoco empeora. El estado de la persona puede mejorar si recibe tratamiento. Esta enfermedad está ligada al entorno del SNC (Sistema Nervioso Central.)

Principio de subsidiariedad

Rehabilitación

Principio de plasticidad

Rehabilitación Efecto positivo.

No rehabilitación Efecto negativo.

**Precisiones a las definiciones:** La parálisis cerebral, es una lesión encefálica que ocurre en el período de tiempo prenatal o en la 1ª infancia, antes de que se complete el desarrollo de la persona.

No son lesiones evolutivas, sino invariables.

### **2.2.– Tipologías. Clasificaciones:**

#### **2.2.1.– Por sus efectos funcionales:**

**Espasticidad:** Se localiza en el haz piramidal y consiste en un incremento del tono muscular. Se producen entonces contracciones musculares, descargas desordenadas; en los miembros inferiores son movimientos de extensión y en los superiores se producen movimientos de flexión. Además la mímica de la cara y la articulación se ven también afectadas.

**Atetosis:** Se localiza en el haz extrapiramidal y consiste en la dificultad en el control y coordinación de movimientos. Se desencadenan entonces los movimientos parásitos, que son movimientos incontrolables, que la persona hace sin querer.

**Ataxia:** Se localiza en el cerebro. Altera el equilibrio y la precisión de los movimientos (que suelen ser inexactos.) A veces se ve relacionada con la parálisis atetósica.

#### **2.2.2.– Por su localización:**

**Paraplejia:** Afectación a ambas piernas. (a)

**Tetraplejia:** Afectación de los miembros superiores e inferiores. (b)

**Hemiplejia:** Afectación de la mitad del cuerpo. (c)

**Diplejia:** Afectación de ambos miembros con mayor afectación de unos miembros que de otros. (d)

**Triplejia:** Afectación de tres miembros. (e)

**Monoplejia:** afectación de una extremidad. (f)

|                    |
|--------------------|
| <b>PARAPLEJIA</b>  |
| <b>TETRAPLEJIA</b> |
| <b>HEMIPLEJIA</b>  |
| <b>DIPLEJIA</b>    |
| <b>TETRAPLEJIA</b> |
| <b>MONOPLEJIA</b>  |

### 2.3.– Etiología:

Las causas mayoritarias son perinatales: 55% de los casos la anoxia puede producir lesión cerebral, o traumatismos producidos durante el parto, Prematuridad,...

#### Porcentajes de los casos:

Prenatales 35% y Perinatales 55%

Un 10% de las causas son postnatales. Se pueden deber a traumatismos infantiles, infecciones que afectan al encéfalo, como la meningitis; intoxicaciones, accidentes vasculares,...

### 2.4.– Problemas de desarrollo:

#### 2.4.1.– Lenguaje:

Lo que está afectado es el habla; uno de los principales problemas de la persona es el explicarse a los demás, por el esfuerzo que supone el acto de hablar.

El 75% de las personas con parálisis cerebral, necesitan una reeducación fonética o logopédica, para mejorar su capacidad de ser entendidos por los demás.

Los mismos grupos motrices que nos sirven para hablar (excepto las cuerdas vocales), nos sirven tanto para alimentarnos; lo que implica para estas personas una dificultad añadida.

Si hay varias lesiones cerebrales, se denomina *plurideficiencia*. Además de haber problemas en lo relacionado con lo motriz, puede haber también problemas en lo referente a lo auditivo.

#### 2.4.2.– Desarrollo cognitivo o intelectual:

La persona conserva una capacidad intelectual suficiente, a pesar de su deficiencia motórica.

#### **2.4.3.– Desarrollo afectivo y social:**

Obstáculo del lenguaje verbal y no verbal. Afecta al desarrollo afectivo y social de la persona.

La persona se puede sentir responsable de sus avances y logros, como fruto de su esfuerzo, para superar obstáculos mayores. No todas las personas superan su estado de frustración.

#### **2.5.– Educación y tratamiento:**

##### **2.5.3.– Sistemas alternativos de comunicación:**

Se trata del uso alternativo de un sistema alternativo de comunicación para gente que no puede, por ejemplo hablar ni hacer lengua de signos. Son recursos desarrollados con fines terapéuticos, y su modo de expresión es diferente de la voz. Están compuestos básicamente de dos elementos:

##### **A)– Código (de señales)**

##### **B)– Soporte físico que no puede ser la voz.**

**A)–** Compuesto por signos mas reglas de uso (como todo código.)

**B)–** Al soporte físico que sea, le podemos llamar ayuda técnica. Hay ayudas técnicas que no forman parte de un sistema alternativo silla de ruedas, muletas, coche adaptable, teclados expandido,... todos los aparatos (adaptados o no), ayudan a mejorar la vida de los minusválidos.

Para que una ayuda técnica sea útil, debe cumplir:

- Estar adaptada a las posibilidades motrices de la persona.
- Estar adaptadas a las posibilidades sensomotrices del usuario.
- Que tenga suficiente versatilidad.

No hay que olvidar los **recursos básicos**, como por ejemplo pueden ser el papel, el bolígrafo,...

### **TEMA 5: PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO Y DE PERSONALIDAD.**

#### **2.– TRASTORNOS PROFUNDOS DEL DESARROLLO: AUTISMO.**

El autismo desemboca, o puede desembocar en los siguientes puntos:

- Aislamiento social,
  - Incomunicación,
  - Conductas extrañas,
  - Incomunicación,
  - Inflexibilidad: estereotipos,
- conductas repetitivas, balanceos, etc.

## **2.1.– Concepto y definiciones:**

El autismo es una alteración profunda del desarrollo.

Según el cuadro de autismo clásico de Kanner, (1945) con respecto a las causas del autismo, existen muchas hipótesis sin confirmar; se sabe que hay una alteración orgánica, pero que no tendría nada que ver con lo psicológico.

## **2.2.– Desarrollo del niño autista:**

Debe presentarse antes de los 30 meses; 2/3 de los autistas no tienen una buena adaptación. 1/3 que tiene cierta adaptación, la mitad tiene una aceptación aceptable, la otra mitad tendría una adaptación moderada o cambiante, para unas cosas sí, para otras cosas no.

**Tratamiento:** Abordaje de tipo psicológico y pedagógico: fomenta la sociabilidad, el uso del lenguaje y combatir las autolesiones.

´ –Técnicas de terapia de conducta, adiestramiento, refuerzo (premio// castigo suave) con el fin de instalar conductas deseables y eliminar conductas indeseables.

Sistemas de comunicación.

Tratamiento con animales: delfines.

Musicoterapia.

La medicación es para tratar síntomas concretos, ataques convulsivos, autoagresiones, insomnio,... pero no hay exactamente una medicación antiautista.

## **Diagnóstico diferencial:**

–Con la esquizofrenia infantil:

Cuadro cíclico, fases de normalidad.

Edad de comienzo: hacia la pre–adolescencia.

Doble de caso de esquizofrenia infantil.

–Con retraso mental:

Las causas se conocen en la mayoría de los casos.

Debe aparecer antes de los 30 meses de edad.

Es mejor pronóstico si la persona autista desarrolla el lenguaje.

Antes de 1945 a los niños autistas se les conocía con el nombre de *esquizofrénicos infantiles*.

Se les debe ofrecer sistemas de comunicación alternativos.

## **2.3.– Diferencias entre autismo, esquizofrenia/ psicosis infantil y retraso mental.**

| Esquizofrenia Infantil                                | Autismo Infantil                                             | Retraso Mental                                    |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| –Enfermedad cíclica.                                  | –Generalmente no hay relación con en el exterior.            | –No hay trastorno de sociabilidad en comunicación |
| –Alucinaciones y fantasías.                           | –No se dan alucinaciones ni fantasías.                       | –Todas las áreas están afectadas                  |
| –Comienzo en la infancia tardía o en la adolescencia. | –Comienzo en los 30 primeros meses de vida.                  |                                                   |
|                                                       | –Alteración emocional e incapacidad de reacción              |                                                   |
|                                                       | –Alteración de los procesos de comunicación                  |                                                   |
|                                                       | –Déficit de comunicación, generalizada en juegos y símbolos. |                                                   |

### **TRASTORNOS DE DÉFICITS DE ATENCIÓN (TDA)**

### **TRASTORNOS DE DÉFICITS DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDA+h)**

No todas las personas hiperactivas, poseen el mismo nivel de hiperactividad, pues puede ocurrir que haya niños con un nivel mayor en el déficit de atención que en el nivel de hiperactividad o viceversa.

#### **SÍNTOMAS:**

–Se tendrían que dar alguno o todos los siguientes síntomas:

\*Se deben dar seis o más síntomas.

\*Se tienen que dar durante más de seis meses.

\*La intensidad anormal, no corresponde a su nivel de desarrollo.

#### **A)– SÍNTOMAS DE DESATENCIÓN: (con frecuencia...)**

- No presta atención suficiente a los detalles, tener descuido en actividades de estudio y de juego.
- Dificultades para prestar atención.
- Que dé además la sensación de que no escucha cuando se le habla directamente.
- No seguir instrucciones, no acabar cosas.
- Dificultades para organizar tareas y/ o actividades.
- Rechazar o evitar el tener que hacer cosas que exija continuidad.
- Perder frecuentemente objetos.
- Distraerse por cosas insignificantes.
- Muy descuidado con las tareas cotidianas, desorden acumulativo que el niño lo toma como un hábito normal.

#### **B)– SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD:**

- Mover excesivamente pies o manos sobre todo cuando están sentados o quietos.
- No aguanta estar sentado mucho tiempo.
- Correr, saltar en situaciones donde no viene a cuento y de forma excesiva.
- Dificultad para realizar tareas de ocio tranquilas.
- Tienen la sensación de tener un motor en marcha y hablar mucho.

- No poder frenar algunos impulsos, por ejemplo, responder antes de haber terminado la pregunta.
- Gran dificultad para guardar su turno, tanto en juegos como en actividades como en casa.
- Interrumpir y/ o alterar las actividades de los otros.
- Estos problemas ya se habían visto antes. (Antes de los 7 años.)
- Estos síntomas deben darse en todos los ambientes.
- Existen pruebas claras de un deterioro significativo de la tarea escolar.
- Bloquea la tarea del desarrollo social, escolar, incluso laboral.

–Todos los síntomas nombrados, hay que investigar que no se den por otras causas que no tengan que ver con el TDA/ TDA+h.

ESCUNI 2º C BASES PSICOLÓGICAS DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL curso 02/03