



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESUMEN

En la actualidad es un deber incluir a niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas especiales en las aulas regulares, para que puedan desenvolverse en ambientes menos restringidos, evitando la discriminación de cualquier índole. Este planteamiento cuenta con una base legal sólida que rige a nivel nacional y que todos estamos en la obligación de cumplirlos en bien de la niñez.

Es hacia allá donde nos encaminamos, aunque sabemos que no es un proceso fácil ni sencillo, en la cual nos encontramos con paradigmas erróneos acerca de la inclusión, pero que poco a poco están cambiando por enfoques esperanzadores que plantean que es posible que niños, niñas y adolescentes con Necesidades Educativas Especiales pueden aprender, si tenemos confianza en su capacidad de aprendizaje y utilizamos los métodos adecuados para la educación.

Por eso, es una satisfacción presentar a los maestros de las escuelas regulares una Propuesta de Intervención inclusiva en el área de escritura, que les permita y facilite la tarea de incluir en sus aulas a niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas especiales y en particular con dificultades motoras.

En la presente monografía se utilizó la metodología inductiva para su análisis y conclusión; los capítulos se encuentran estructurados de la siguiente manera: En el capítulo uno se encuentra el estudio de caso de un niño con hemiplejía espástica, con la evaluación multidisciplinaria que nos permite conocer la situación actual del niño y a partir de ésta, plantear la propuesta de intervención. El segundo capítulo hace referencia al sustento teórico en lo referente a: la discapacidad, inclusión educativa, sustentos legales, PARÁLISIS CEREBRAL, y en el tercer y último capítulo se plantea la propuesta educativa en el área de escritura.

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

PALABRAS CLAVES

Necesidades Educativas Especiales

Discapacidad

Inclusión Educativa

Parálisis Cerebral

Hemiplejía Espástica



UNIVERSIDAD DE CUENCA

INDICE

Presentación.....	1
Resumen.....	2
Agradecimiento y Dedicación.....	3
Índice de Contenidos.....	4

CAPÍTULO 1

ESTUDIO DE CASO

Introducción.....	6
1.1. Datos Informativos.....	8
1.2. Antecedentes.....	8
1.3. Diagnóstico Multidisciplinario.....	9
Conclusión.....	16

CAPÍTULO 2

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA HEMIPLEJIA

Introducción.....	17
2.1. Discapacidad.....	18
2.2. Inclusión Educativa.....	19
2.3. Sustento legal.....	22
2.4. Clasificación de la Discapacidad Motora.....	24
2.5. Parálisis Cerebral.....	24

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

2.5.1. Clasificación de la Parálisis Cerebral.....	25
2.5.2. Causas de la Parálisis Cerebral.....	27
2.6. Hemiplejía Espástica.....	36
Conclusión.....	42

CAPÍTULO 3

PROPUESTA PEDAGÓGICA

Introducción.....	44
3.1. Adaptación Curricular.....	45
3.2. Adecuaciones en el Centro Educativo.....	53
3.3. Adecuaciones en el Aula.....	53
3.4. Sugerencias de Intervención.....	54
Conclusión.....	58
Bibliografía.....	59



UNIVERSIDAD DE CUENCA

UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESPECIALIZACIÓN EN EDUCACIÓN INCLUSIVA

TEMA:

***PROPUESTA DE UN PROYECTO DE INTERVENCIÓN INCLUSIVA EN EL
ÁREA DE ESCRITURA PARA UN NIÑO CON HEMIPLEJÍA EN LA UNIDAD
EDUCATIVA AMADEO MALDONADO VÁSQUEZ***

Tesis previa a la obtención del Título de Especialista en Educación Inclusiva.

Autor: Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar

Directora: Mstr. Margarita Proaño

CUENCA-ECUADOR

2010

**Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar**



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Al presentar esta tesis como uno de los requisitos previos para la obtención del título de Especialista en Educación Inclusiva, por la Universidad de Cuenca, autorizo al Centro de Información Juan Bautista Vásquez para que haga de esta tesis un documento disponible para su lectura, según las normas de la Universidad.

Lcda. Sandra Huiracocha

Cuenca, 13 de septiembre del 2010.

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

AGRADECIMIENTO

Quiero hacer un verdadero reconocimiento a las personas que han aportado para que este trabajo de investigación haya tenido el éxito planteado.

De manera especial a la tutora Máster Margarita Proaño por su incondicional y excelente apoyo como guía académica en la realización de este trabajo monográfico.

DEDICATORIA

La presente investigación la dedico a N.N. quien encarna ese ser con limitaciones físicas, pero con un gran corazón y coraje para abrirse paso en este mundo.

Sandra



UNIVERSIDAD DE CUENCA

INTRODUCCIÓN

En la presente monografía se expone un estudio de caso de un niño con hemiplejía, al mismo tiempo se busca conocer la realidad en la que vive, identificar sus necesidades educativas, y a partir de su diagnóstico plantear una propuesta que facilite la inclusión del niño en la Unidad Educativa Amadeo Maldonado Vásquez, al círculo familiar con el que vive y al grupo social en el que se desenvuelve.

Para ello es fundamental establecer parámetros teóricos de la educación inclusiva y su proceso de intervención. Desde ésta óptica, abordo el análisis del ámbito social-educativo y familiar que vive el niño, enmarcado en el cumplimiento de los derechos que tiene como niño con necesidades educativas especiales y que nuestra Constitución lo garantiza al sostener que, todos y todas debemos recibir una Educación de calidad, a la vez, estamos en la obligación, como maestros, de brindar, de crear y de facilitar este desarrollo en igualdad de oportunidades y sin discriminación de ningún tipo.

Así, desde nuestros ámbitos de acción pretendemos concienciar que “la diversidad enriquece, no amenaza”. Para superar los discursos estigmatizantes y deficitarios desde la diversidad, es necesario proponer una sociedad transformadora de la realidad, que promueva una cultura más tolerante, solidaria y democrática; es decir, con mayor justicia social, sin dejar de lado el rol de quienes somos parte activa de este proceso: los educadores.

Eso implica que debemos estar conscientes de que “el problema no es la integración escolar en sí misma. El problema somos nosotros, nuestros propios límites conceptuales, nuestra capacidad para diseñar un mundo diferente, un sistema escolar diferente y no homogéneo, en el que cada cual pueda, progresar, junto con otros, en función de sus necesidades particulares y que puede adaptarse para satisfacer las necesidades educativas de cada alumno, de la mano de un profesorado que acepte y esté preparado para enfrentar a la



UNIVERSIDAD DE CUENCA

diversidad. El problema es en definitiva, nuestra fuerza y disposición para transformar la realidad que nos rodea”. (Echeita, 2001: 69)



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPÍTULO I

ESTUDIO DE CASO

1.1 DATOS INFORMATIVOS DEL NIÑO

NOMBRE DEL NIÑO: N.N.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: Quingeo, 14 de agosto de 1999

EDAD: 10 años

ESCOLARIDAD: Segundo de Educación Básica

LUGAR DE RESIDENCIA: Macas Quingeo

1.2 ANTECEDENTES

De acuerdo a la información que ha sido recopilada para la elaboración del estudio de caso, y proporcionada por la tía del niño; N.N. es el primero de dos hermanos, está a cargo de la tía y abuela materna, puesto que sus padres residen en el cantón La Troncal por motivos de trabajo.

En cuanto al desarrollo prenatal, natal y posnatal tenemos los siguientes datos: la madre señala que el embarazo fue aceptado y normal, no presentó ningún problema en el parto, el cual fue en un Centro Médico de la ciudad; indica que a la semana de nacido presentó temblores en el cuerpo, mismo que se dio hasta los 5 años de manera esporádica. El niño lactó hasta los seis meses.

En su desarrollo psicomotor, se destaca que sostuvo la cabeza al año de vida, no gateó, se le dificultaba sentarse, por lo que pasaba “solo cargado”, sus primeros pasos fueron a los 2 años, emitió sus primeros sonidos vocálicos a los

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

5 años, nunca hubo frases (solo decía mamá). Su control de esfínteres fue a la misma edad.

En la actualidad no hay lenguaje expresivo. N.N. come solo. Su vestido y aseo personal depende de la supervisión de su tía, por su discapacidad es la primera vez que el niño se está escolarizando. Su tía ha hecho todo lo posible por ayudar a su sobrino, a pesar de la distancia y condiciones de vida que tienen.

1.3 DIAGNOSTICO MULTIDISCIPLINARIO

El siguiente Diagnostico Multidisciplinario fue proporcionado por el Equipo Multiprofesional del Centro Psicopedagógico “XINASI archivo 162”

EXAMEN DE FUNCIONES PSIQUICAS

La observación, exploración y valoración de las funciones psíquicas y gracias a la interacción con el niño a nivel clínico, se pudo apreciar lo siguiente:

Orientación: Normal

Lenguaje: Afasia motora

Sensopercepción: Normal

Pensamiento: Concreto

Atención: Normal

Actividad: Normal

Memoria: Aparentemente Normal

Afectividad: Timidez Leve

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

REACTIVOS PSICOLÓGICOS ADMINISTRADOS

Test de Raven Especial: el niño presenta un puntaje de 20, correspondiente a percentil 10, de rango IV, equivalente a Inteligencia no verbal Espacial Inferior al término medio.

Dexterímetro de Goddard. El niño presenta una edad psicomotriz de 4 años, 0 meses, con un coeficiente de 37, equivalente a una Coordinación Óculo Manual Deficiente, lateralidad manual izquierda.

Test Visomotor de BENDER: el niño investigado presenta una edad psicomotriz de 5 años, 3 meses, muy por debajo de su edad cronológica que es de 10 años.

En lesión cerebral el niño presenta Franca Organicidad.

En trastorno Emocional presenta problemas afectivos.

PSICODIAGNÓSTICO

De acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM IV, el caso no se asocia de manera relevante a ningún trastorno, por lo que se pudo evaluar, principalmente por su falta de lenguaje verbal; sin embargo la Parálisis Cerebral con hemiplejía derecha, ha limitado su desarrollo psicomotor, aunque se ha logrado notar un progresivo avance cognoscitivo en el niño, según datos proporcionados por la Psicóloga Clínica.

TERAPIA FÍSICA

De acuerdo a los datos proporcionados por la Terapeuta Física, se obtiene los siguientes resultados:

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

VALORACIÓN: Articular, presenta ligera rigidez en las articulaciones distales de los miembros superior e inferior del lado afectado, presenta una rigidez tanto en el tobillo como en la muñeca derecha.

FUERZA MUSCULAR: disminuida en los músculos proximales, y nula en la mano afectada.

TONO MUSCULAR: presenta una ligera hipertonía en los músculos de los miembros afectados, más acentuados en la extremidad inferior.

TEST POSTURAL: se le puede observar: cabeza con lateroflexión derecha, hombro izquierdo caído, codo derecho flexionado y apartado con relación a su cuerpo, la mano derecha con muñeca flexionada y dedos en hiperextensión, pliegues abdominales, pelvis desviada a la derecha, escapulas aladas, escoliosis a nivel lumbar y asimétrica de pliegues lumbares, glúteo y hueso poplíteo, lordosis lumbar, espalda inclinada hacia atrás.

Asimetría en longitud y perímetro en los miembros, pierna derecha y medio centímetro más corta que la izquierda.

DESARROLLO PSICOMOTOR: sostiene la cabeza, tiene establecido sus apoyos anterior, posterior y lateral.

MOTRICIDAD GRUESA: se sienta y se para fácilmente, se agacha con apoyo, se acuesta solo, todas las actividades manuales las hace con la mano izquierda.

MOVIMIENTOS DE LOCOMOCIÓN: camina solo, no puede correr, no gatea, sube y baja gradas con apoyo.

MOTRICIDAD FINA: la mano derecha no realiza movimientos de forma voluntaria, apenas mueve los cuatro dedos con esfuerzo, a excepción del pulgar que no presenta vestigio de contracción. Recorta, ensarta, pinta superficies sin límites con la mano izquierda.

Autor:

Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

EQUILIBRIO Y MARCHA: su equilibrio es regular, camina en plano inclinado, entre obstáculos es irregular con dificultad y marcha descoordinada, se sienta en el suelo con apoyo.

TERAPIA OCUPACIONAL

Por su parte la profesional de Terapia ocupacional menciona lo siguiente:

AMPLITUD DE MOVIMIENTOS: tiene amplitud de movimientos normal hombro, codo, antebrazo, muñeca, metacarpo y falanges del miembro superior izquierdo, pero el miembro superior derecho como el codo, antebrazo, muñeca, metacarpo y falanges tiene espasticidad.

POSTURAS: de pie, sentado y acostado no son las adecuadas.

DOMINANCIA MANUAL: Izquierda

PREHENSIONES: Pinza cilíndrica, abanico, garra y rastrillo normal de la mano izquierda.

COORDINACIÓN Y EFICACIA MOTRIZ: Unilateral normal, bilateral, viso motriz, precisión freno inhibitorio, agilidad, ojo pie disminuida.

DIFERENCIACIÓN SEGMENTARIA: normal, reconoce todas las partes gruesas y finas del cuerpo.

SENSOPERCEPCIÓN: discrimina con normalidad lo que es texturas suaves, duro, áspero, liso; discriminación de temperaturas: frío, caliente y tibio normal, percepción visual reconoce los colores, formas, figuras, tamaños y números hasta el 20.

Responde a estímulos normales, conoce tamaños y colores, formas, identifica sonidos, discriminación de temperatura: frío, caliente y tibio normal; porciones lleno – vacío; estados de ánimo: risas y llantos; nociones temporales: día y

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

noche, conoce animales domésticos y ordena cosas de acuerdo al tamaño e historietas en láminas

NOCIONES ESPACIALES: reconoce arriba, abajo, adelante, atrás, dentro, fuera, izquierda y derecha.

NOCIONES TEMPORALES: no reconoce bien lo que es ayer, hoy y mañana, antes, después, mañana tarde y noche, si sabe lo que es mañana, tarde y noche.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: lo hace con dificultad, pero es independiente a la hora de comer, en la higiene se lava las manos, la cara, los dientes, usa papel higiénico, no se baña solo, ni se peina, tampoco se corta las uñas. En las actividades de vestido lo realiza todo menos atarse los cordones.

COMUNICACIÓN: el niño se comunica por señas, tiene lesión del lóbulo temporal dominante por lo que esta afectado el habla.

DESTREZAS MANUALES: lo hace con dificultad, como el rasgar, trozar, picar, recortar y las otras las realiza normalmente.

DESPLAZAMIENTO Y TRANSPORTE: depende de su tía.

TERAPIA DE LENGUAJE - PRUEBAS APLICADAS

En cuanto a la evaluación de Terapia de Lenguaje se obtiene los siguientes resultados:

MECANISMO ORAL PERIFÉRICO: aplicando el Test de Estructuras Funcionales presenta las siguientes dificultades:

Lengua:

Vibración: no realiza,

Lateralidad: Disminuido

Autor:

Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Elevación: no realiza

Chasqueo: no realiza.

Labios

Vibración: no realiza

Protrucción: disminuido

Retracción: no realiza

Fuerza: no posee.

ARTICULACIÓN:

No se aplica pues el niño no presenta lenguaje expresivo.

LENGUAJE EXPRESIVO Y COMPRENSIVO

El niño posee un lenguaje comprensivo acorde a su edad cronológica, discrimina los diferentes campos semánticos, su Lenguaje Expresivo se basa en ademanes y trata de emitir señales lo que no es recomendable en el niño, pues el puede utilizar un tablero de códigos para comunicarse con todos.

INFORME MÉDICO

Según el diagnóstico proporcionado por el Neurólogo se recoge lo siguiente: el niño presenta Parálisis Cerebral Infantil Hemiplejía Derecha, Microcefalia, Desnutrición. (Centro Psicopedagógico "XINASI" Archivo 162).

PEDAGÓGICO

En lo referente a la parte pedagógica se obtiene los siguientes resultados, los mismos que fueron proporcionados por parte de la Psicóloga Educativa:

En cuanto al desarrollo de las nociones básicas es buena.

Sus conceptos básicos han alcanzado un buen desarrollo.

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

En lo referente a su competencia curricular: el área de Lenguaje y comunicación y el área motora fina no está acorde con el año de Educación Básica en la que se encuentra.

EVALUACIÓN POR ÁREAS

Lectura: Lee las vocales, su nombre y el nombre de sus compañeros, palabras con las consonantes m, p, s, l, t, d, n, r.

Escritura: el niño pinta entre líneas gruesas, traza líneas horizontales, verticales y curvas de forma muy tenue, escribe palabras con las consonantes m, p, s, l, t, d, n, r.

Cálculo: cuenta hasta el 20, identifica los números hasta el 15 y relaciones el número con la cantidad hasta el 10.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

Una vez conocido y analizado el “Diagnóstico Multidisciplinario de N.N.” en cada una de las áreas, se llega a la conclusión de que éste es un niño dócil, con las destrezas necesarias para desenvolverse en el ámbito escolar regular; sin embargo, dentro de un proceso de rehabilitación e inclusión, es necesario un horario reforzado de terapia de lenguaje para desarrollar su capacidad y habilidad en descifrar los códigos que le permitan comunicarse con los demás.

Tenemos plena seguridad que N.N. puede alcanzar una recuperación en el área pedagógica, debido a que comprende todo lo que se le dice y pone empeño en aprender lo que se le enseña. Es necesario trabajar en terapia ocupacional en las áreas afectadas y además controlar posturas inadecuadas, para evitar se siga contracturando el miembro superior derecho. A partir de esto, se planteará la propuesta en el área de escritura que se la expone en el tercer capítulo.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPÍTULO II

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA HEMIPLEJÍA

INTRODUCCIÓN

Según la definición de la Real Academia de la Lengua española, la palabra hemiplejía, proviene de dos raíces: hemi-. (Del lat. *hemi*-, y este del gr. $\eta\mu\iota$ -). elem. Compos, que significa 'medio'. *Hemisferio, hemistiquio. Y plejia o plejía que significa parálisis*. Partiendo de esta definición, hemiplejia o hemiplejía. (Del gr. $\eta\mu\iota\pi\lambda\eta\gamma\alpha$). f. *Med.* Significa, parálisis de todo un lado del cuerpo. (Encarta, 2009: s.p.).

Para nuestro interés trataremos a la hemiplejía como un trastorno motor, donde la mitad del cuerpo queda paralizada. Generalmente este problema es resultado de un accidente cerebro-vascular, pero también puede estar ocasionado por patologías en los hemisferios cerebrales o en la espina dorsal.

La hemiplejia facial consiste en la parálisis de los músculos de un solo lado de la cara, sin que se vea afectado el resto del organismo. Es importante resaltar que el lado derecho del cuerpo se paraliza con más frecuencia, pues los “trombos o coágulos suelen elegir el territorio de la carótida izquierda, vaso que continúa la dirección del cayado de la aorta, mientras que la carótida derecha sale del cayado en ángulo recto”. (Hemiplejía, 2009: s.p.).

Para la investigación, bien se sabe que la discapacidad motora engloba a un grupo de problemas muy heterogéneo causados por una anomalía congénita (pie zopo, ausencia de un miembro, etc.), por enfermedad (poliomielitis, tuberculosis de los huesos, etc.), por una alteración ósea (baja talla), secuelas de parálisis cerebral o espina bífida (daño derivados de una lesión en el sistema nervioso central), por otras causas (amputaciones, fracturas, quemadura que causan contracturas, etc.

Autor:

Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Las repercusiones o secuelas pueden ser tan diferentes que precisan medidas educativas muy diversas para poder enfrentar el problema y realizar las adaptaciones curriculares adecuadas a cada necesidad, para realizar un proceso de inclusión exitoso. En este proceso es importante identificar las diferentes necesidades, por ejemplo, en el caso de una secuela de parálisis cerebral hay que considerar: movilidad, sedentarismo, control postural, utilización del baño, comunicación, funcionalidad de las manos, etc. En el caso de secuelas de espina bífida, además: problemas de sensibilidad, de incontinencia, dificultades de atención y concentración, entre otros. En las enfermedades neuromusculares hay que mantenerse alerta sobre retrocesos en el desarrollo evolutivo, abatimiento y apatía, que demandan mayor compromiso y estimulación.

En este segundo capítulo nos centramos en el análisis teórico de la discapacidad, de la inclusión educativa, sustentos legales de la misma, PARÁLISIS CEREBRAL y la clasificación de las distintas patologías asociadas al déficit físico o motor como: las espásticas, atetósicas, distónicas, atáxicas y formas mixtas.

2. 1.- DISCAPACIDAD

Se considerará persona con discapacidad “a toda persona que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales y/o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente se ve restringida en al menos un treinta por ciento de su capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal, en el desempeño de sus funciones o actividades habituales” (Samaniego, 2005: 35).

Desde esta visión, el concepto de discapacidad se define, por tanto, como “limitación y restricción para llevar a cabo una vida normal”, en virtud de una deficiencia en el orden de lo comúnmente entendido como salud, implícitas están, como puede observarse, “nociones acerca de lo que es normal y lo que no lo es, de lo que es saludable y lo que no lo es, definiciones que se

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

distinguen mucho de ser algo universal y dado” (Chacón, 2010: 85), sino que más bien guardan relación con lo considerado como normal, según cuestiones tanto del orden de lo estadístico como del orden de los juicios de valor, es decir, de lo que una sociedad estima como bueno y deseable.

Las estadísticas nos muestran que en el Ecuador, del total de la población, el 13,2% son personas con algún tipo de discapacidad (1'600.000), de estos, aproximadamente 592 mil personas tienen deficiencia física, y 392.084 son menores de 18 años, de los cuales 270.593 estudian y 119.831 no lo hacen (INEC, 2005). El Azuay, por su parte, presenta 3.716 hombres y 3.075 mujeres carnetizados (CONADIS: 2009). Esta pequeña síntesis de indicadores demuestra la magnitud del problema en nuestro país, no obstante, vivimos una cultura y un proceso educativo excluyente y marginador con un buen porcentaje de este grupo en cuestión.

2.2.- INCLUSIÓN EDUCATIVA.-

Está referida, en términos generales, al “proceso de desarrollo y aprendizaje de los niños y niñas con diferentes tipos de discapacidad en el marco de la escuela regular, como espacio de educación formal en la sociedad actual”. (Fasinarm, 2003: 9)

Los elementos claves para la inclusión educativa se pueden sintetizar en que: (Susinos, 2010: 52-55)

La inclusión es un proceso.- Es un plan abierto, “es una búsqueda interminable de formas de responder a la diversidad”. Por tanto, no es un estado acabado, que se alcanza tras el logro de determinados objetivos, sino que, se trata de un “camino que emprenden las escuelas con el fin de conseguir que todos sus miembros se sientan parte integrante del centro”, aceptados e incluidos.

La inclusión encierra la idea de “*participación*”, así pues, no basta con reconocer el derecho de cualquier niño o niña de pertenecer o matricularse en



UNIVERSIDAD DE CUENCA

un centro educativo regular. Esto sólo sería un primer paso, porque lo esencial de la inclusión consiste “en cambiar paulatinamente los modos habituales de organizar el centro y el currículo para conseguir aumentar la participación de todos los miembros de la escuela”. (Booth et al, 2000; Ainscow, 2003: 97).

De este supuesto se derivan dos importantes ideas, es decir que:

Los centros y los profesores identifiquen, promuevan y eliminen las barreras para la participación. Esto significa que, tras el análisis del propio centro y los modelos habituales que se utilizan para funcionar será posible reconocer: QUÉ? rutinas, la organización de los espacios, los aspectos metodológicos, las normas del centro, formas de interacción con las familias, sistemas de intercambio de información entre docentes, etc.... provocan obstáculos para que los miembros de la escuela puedan participar en el centro y sacar provecho de su pertenencia al mismo. Las barreras son siempre variadas y serán distintas en cada centro, lo que importa es que los centros y los profesores asuman el compromiso de ir modificando obstáculos de forma progresiva. Esto indica que el camino hacia la inclusión será siempre único, individual en cada centro puesto que las prioridades han de ser establecidas internamente.

La participación no afecta sólo a los alumnos, sino también a profesores, padres de familia y todo el personal del centro. Esta idea significa que la inclusión tiene que ver con la mejora de la escuela para todos los miembros y componentes pedagógicos de este centro.

“La inclusión presta una atención especial a los grupos o individuos con mayor riesgo de exclusión”, lo cual incluye a los alumnos con necesidades educativas especiales (n.e.e); esto no significa que la educación inclusiva se limita únicamente a ellos. Si bien, en todo momento la preocupación fundamental de ésta, es para este grupo, no relega la necesidad de cómo evitar que las instituciones educativas separen, marginen a grupos enteros e individuos particulares de la dinámica escolar general básica. Bajo esta preocupación las

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

propuestas inclusivas ponen especial interés a todos los colectivos en riesgo de exclusión escolar y sus posibilidades de desarrollo integral y compartido.

La educación inclusiva es una “propuesta de modificación de las culturas, políticas y las prácticas de las escuelas”. Esto quiere decir que los cambios habrán de introducirse progresivamente en el ámbito de la cultura (los modos de pensar y de hablar sobre la diversidad en las escuelas), en las políticas escolares (las normativas, sistemas de gestión y rutinas de todo rango que rigen la vida en las escuelas) y, en la propia práctica cotidiana de las aulas y de los centros. Es importante reconocer que se ha destacado la necesidad de incrementar la colaboración entre profesores (planificación conjunta, un aula dos profesores), entre alumnos (enseñanza cooperativa, tutorización entre iguales, sistema de mediación para la resolución de conflictos), entre profesores y profesionales del apoyo o entre escuelas (redes, seminarios) y con otras instituciones del entorno, con el único fin de trabajar por un solo objetivo: brindar una educación inclusiva a sus educandos y comunidad.

La educación inclusiva supone fomentar las relaciones mutuamente alimentadas entre escuela y sociedad. Todas las iniciativas de una educación inclusiva promueven una apertura de los centros educativos a la comunidad, al pueblo, al barrio; en un intercambio recíproco de recursos, información, profesionales, de servicio, etc. son iniciativas de claro fondo inclusivo. En palabras de Barton “la escuela inclusiva es a la vez un microcosmos y un camino hacia la sociedad inclusiva” (Susinos, 2010: 54).

Finalmente, podemos afirmar que el movimiento inclusivo tiene muchos aliados, pero también muchas amenazas. En los actuales tiempos existe muchas iniciativas de mejora y cambio escolar relacionadas con la idea de la participación (de las mujeres, las minorías étnicas o culturales, de educación ciudadana, etc) son, en realidad, movimientos con los que la inclusión mantiene una gran analogía y aproximación de construir una sociedad más tolerante y respetuosa de los derechos de los demás. No obstante, “existen otras tendencias, muchas de ellas de carácter supranacional, que son contrarias a la

Autor:

Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

inclusión, hago referencia a la tendencia a aumentar la competitividad entre los centros educativos y por tanto a permitir los centros “ghetto” (marginales o de élite), a la intensificación de los procesos de etiquetado a los alumnos, al individualismo profesional, al lenguaje de la especialización y el fomento del carácter experto para hablar de alumnos y propuestas educativas o al miedo a arriesgarse, a probar cosas nuevas en la escuela”.(Susinos, 2010: 55).

2.3.- SUSTENTO LEGAL

De acuerdo al Código de la Niñez y Adolescencia del 2003, que fue construido para garantizar el cumplimiento de los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes de todo el país, en los artículos referentes a la discapacidad son los siguientes: en el Libro Primero referente a: Los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos en el Art. 6 sobre la Igualdad y no discriminación: “Todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia; color, origen social, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diversidad cultural o cualquier otra condición propia o de sus progenitores, representantes o familiares”.(Código de la Niñez, 2003: 22).

El Estado adoptará las medidas necesarias para eliminar toda forma de discriminación.

En el Art. 37 del Código de la Niñez; el mismo que hace referencia sobre el “Derecho a la educación..., los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una educación de calidad”, y por su parte los numerales que sustentan estos derechos, y nos apoyan en nuestra propuesta son, el numeral 1 manifiesta que se “Garantice el acceso y permanencia de todo niño y niña a la educación básica así como del adolescente hasta el bachillerato o su equivalente”; y por su parte el numeral 3, que pone de manifiesto que se “Contemple propuestas educacionales flexibles y alternativas para atender las necesidades de todos los niños, niñas y adolescentes, con prioridad de quienes tienen discapacidad,

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

trabajan o viven una situación que requiera mayores oportunidades para aprender.” Todo esto no hace más que sustentar legalmente el derecho de estas personas y la responsabilidad de la sociedad de trabajar por una educación inclusiva de estos grupos y personas que han sido por décadas marginados y excluidos.

En su Art. 42; hace mención al Derecho a la educación de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.- “Los niños, niñas adolescentes con discapacidades tienen derecho a la inclusión en el sistema educativo, en la medida de su nivel de discapacidad. Todas las Unidades Educativas están obligadas a recibirlos y a crear los apoyos y adaptaciones físicas, pedagógicas, de evaluación y promoción adecuadas a sus necesidades”.(Código de la Niñez, 2004: 32).

Por su parte, la Constitución (2008) en el Art. 47 sobre las personas con discapacidad en su numeral 7 reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a “una Educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades, para su integración y participación en igualdad de condiciones. Se garantizará su educación dentro de la educación regular. Los planteles regulares incorporarán trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada. Los establecimientos educativos cumplirán normas de accesibilidad para personas con discapacidad e implementarán un sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este grupo” (Constitución, 2008: 34).

De acuerdo a la Ley Orgánica de Educación, respecto al Reglamento General de Educación Especial en su Título IV referente al Currículo, específicamente en su Art. 103. Sobre las “Adaptaciones Curriculares.- Se debe realizar adaptaciones curriculares para niños, niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales cuando el caso lo requiera, en algunos o en todos los elementos del currículo”. (Ley Orgánica de Educación, 2002: 22).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Para favorecer el cumplimiento de dichos artículos, se ve necesario e importante que los maestros estén continuamente en capacitaciones sobre herramientas pedagógicas y metodológicas que favorezcan la inclusión de los niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas especiales a la educación regular.

2.4.- CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD MOTORA

La heterogeneidad de situaciones de las alteraciones físicas o motoras se demuestra en la siguiente clasificación propuesta por González Toledo (Gonzales, 1998: 81), quien indica que las deficiencias motoras se pueden deber a:

Parálisis Cerebral

Espina bífida

Distrofia Muscular de Duchenne

Trastorno cráneo - encefálicos

Alteraciones de origen óseo articular.

Cabe indicar que mi preocupación en este trabajo, es la parálisis cerebral de tipo espásticos y dentro de ella la hemiplejía.

2.5. PARÁLISIS CEREBRAL

La parálisis cerebral es uno de los trastornos físicos que se presenta con mayor frecuencia en niños en edad escolar. Es una condición duradera que implica una lesión cerebral o una anomalía en el crecimiento del cerebro que produce parálisis o un trastorno motriz en los miembros.

“La parálisis cerebral es realmente un conjunto de síntomas y subtipos, es a menudo causa de deficiencias múltiples y probablemente el mejor ejemplo que tenemos de inconstancia en el desarrollo de los niños” (HEWARD, William L. y

Autor:

Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

ORLANSKY, Michael D. 2001:194), la parálisis cerebral no es contagiosa, no es mortal, y en la mayoría de los casos, no es hereditaria; puede tratarse pero no curarse; por lo general, el trastorno no aumenta progresivamente con la edad del niño.

2.5.1. CLASIFICACIÓN DE LA PARÁLISIS CEREBRAL

La parálisis cerebral es un trastorno permanente que afecta la psicomotricidad y según donde se localice la lesión cerebral se clasifica en (Pellegri traducido por Proaño, 2009: 29-30):

Espásticas.- este es el grupo más grande; alrededor del 75% de las personas con dicha discapacidad presentan espasticidad, es decir, notable rigidez de movimientos, incapacidad para relajar los músculos, por lesión de la corteza cerebral que afecta los centros motores, presentan “disturbios de la sensibilidad”, en especial en las articulaciones inferiores; por lo general “tienden a moverse cada vez menos”, depende de un adulto y vive o experimenta a través de los demás.

Atetoide.- se caracteriza por la presencia de movimientos involuntarios e irregulares, lentos y espontáneos, generalmente de tipo espasmódico e incontrolado. Se producen por lo común, movimientos de contracción de las extremidades, de la cara y la lengua, gestos, muecas y torpeza al hablar, que interfieren con los movimientos normales del cuerpo. El tono muscular varía de hipertonía a hipotonía. Las afecciones en la audición son bastante comunes (más del 40%) en este grupo, que interfieren con el desarrollo del lenguaje. “La lesión de los ganglios basales del cerebro parecer ser la causa de esta condición. Menos del 10 % de las personas con parálisis cerebral muestran atetosis” (Parálisis Cerebral, 2010: s.p.). La parálisis cerebral atetoide, es el resultado de que la parte central del cerebro no funciona adecuadamente.

Distónicas.- se encuentra afectado en forma generalizada, hay también casos de hemipáresis distónica cuando está afectado un sólo hemisferio, presenta

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

alteraciones del tono muscular, con bruscos cambios y “movimientos anormales, involuntarios, amplios” (Pellegrini traducido por Proaño, 2009: 30), localizados en las articulaciones, tienen dificultad de articulación y emisión de la voz pero puede expresarse por medio de la escritura.

Atáxica.- La lesión está localizada en el cerebelo, afecta el equilibrio y la postura corporal. A menudo los niños tienen mala coordinación y caminan de forma inestable, los atáxicos presentan las cuatro extremidades afectadas, tienden a moverse muy poco, por lo general se mantienen en la posición que se les ha colocado. La dificultad de equilibrio y de la coordinación motriz global se relaciona a la imposibilidad de correspondencia entre el control de la actividad de los músculos agonísticos y antogonísticos, provocando en el niño inseguridad, generando con éstos miedo y renuncia, (Pellegrini traducido por Proaño, 2009: 30). El niño con ataxia procede a la autonomía motriz y aprende a caminar de manera inestable aunque al inicio de su aprendizaje lo haga con apoyo de un cochecito, pero para esto es necesario el apoyo de frases motivadoras de quienes lo rodean para generar seguridad y lograr el objetivo propuesto.

De formas mixtas.- es cuando los síntomas no correspondan a ningún tipo de parálisis cerebral en especial, sin embargo sus síntomas son una mezcla de tipos, consta de más de uno de estos tipos, especialmente si los trastornos son severos. Por ejemplo, un niño con parálisis cerebral mixta puede tener algunos músculos que están muy rígidos y otros muy relajados, creando una mezcla de rigidez y flaccidez. (Pellegrini traducido por Proaño, 2009: 30).

2.5.2.- CAUSAS DE LA PARALISIS CEREBRAL.- Las causas que producen la parálisis cerebral van a depender y a variar de un caso a otro, por tanto, no puede ni debe atribuirse a un factor único, aunque todos desarrollan como determinante común, la deficiente maduración del sistema nervioso central y por ende una alteración en el desarrollo evolutivo del individuo.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

La parálisis cerebral puede producirse tanto en el período prenatal como perinatal o postnatal. “Pueden presentarse en cualquier momento durante los primeros dos años de vida, mientras el cerebro del bebé aún se está desarrollando.” (Parálisis Cerebral, 2010: s.p.).

PERÍODO PRENATAL.-

Esta parálisis cerebral se ocasiona durante el embarazo, pudiendo influir las condiciones desfavorables de la madre en la gestación; llegando a presentarse hasta “el 35% de los casos”. (Parálisis Cerebral, 2010: s.p.).

Entre los factores prenatales que se han relacionado son:

- **Consumo de alcohol.-** los efectos que producen la ingesta de alcohol en las mujeres embarazadas pueden tener efectos dañinos sobre el feto como: bajo peso, aborto espontáneo, síndrome alcohólico fetal; efectos que pueden dar lugar al daño cerebral, malformaciones esqueléticas, retardo mental, así como retraso en el crecimiento (Pellegrini traducido por Proaño, 2009: 11).
- **Efectos del humo del cigarrillo.-** el consumo de cigarrillos tienen consecuencias muy negativas para el bebé, tanto que pueden causarle grandes intoxicaciones, puede producirle al feto una hipoxia, disminución de crecimiento fetal, parálisis cerebral y disminución de nutrientes. (Pellegrini traducido por Proaño, 2010: 12).
- **Consumo de droga.-** el consumo de drogas durante el período de embarazo es uno de los mayores problemas para el feto, debido a que estas pasan directamente al bebé a través de la sangre y la placenta, provocando en el niño la adicción. En general estos niños al nacer sufren del síndrome de abstinencia neonatal, el mismo que se caracteriza por: “temblores, aumento de la sensibilidad a los ruidos y otros estímulos,



UNIVERSIDAD DE CUENCA

problemas para alimentarse, coordinación deficiente, llanto excesivo o irritabilidad”. (Embarazo y Lactancia, 2008: s.p.).

- **Las infecciones maternas.**- representa una de las causas más frecuentes de patologías del embrión y del feto, todas las enfermedades virales pueden ser causa de malformaciones por cuanto los virus pasan a través de la placenta, entre las más comunes tenemos:

La rubéola.- que es una enfermedad infecciosa causada por un virus, el mismo que se manifiesta con síntomas como: “fiebre no muy alta, hinchazón de las glándulas del cuello, aparición de manchas rojizas en la piel” (Paragna, 2007: 16). Esta infección provoca daños muy graves como: “aborto espontáneo, malformaciones del corazón, defectos en ojos y orejas, malformaciones cardíacas, lesiones cerebrales, daños en el hígado, alteraciones óseas” (Paragna, 2007: 20), las consecuencias dependen del momento en el que se infecta la gestante, si es contraída en las diez primeras semanas de embarazo, las probabilidades de que el feto sufra daños es del 90%; se reducen al 30% si la infección se produce después de la semana dieciséis. (Pellegri traducido por Proaño, 2009: 15). Es importante recalcar que la vacunación contra la rubéola es el único medio de prevención.

Toxoplasmosis.- es una infección causada por un parásito microscópico denominado “*toxoplasma gondii*”, el mismo que se contrae por diferentes causas como: “comer carne infectada cruda o poco cocinada, comer frutas o vegetales contaminados, beber agua contaminada, tocar tierra contaminada, arena de la caja de un gato”, luego llevar las manos y tocarse la boca, la nariz o los ojos. Los síntomas más frecuentes son: “inflamación de los ganglios linfáticos del cuello, dolores musculares, fatiga, dolor de cabeza, fiebre y posiblemente dolor de garganta o sarpullido” (El Embarazo, 1999: 37).

Citomegalovirus.- es una infección viral común que por lo general no produce síntomas o puede producir síntomas similares a los de una gripe leve en los



UNIVERSIDAD DE CUENCA

niños y adultos infectados. El Citomegalovirus pertenece a la familia de virus del herpes y es más común en los niños pequeños.

Una mujer infectada puede transmitir el virus a su bebé durante el embarazo y al amamantarlo. La mayoría de los bebés infectados con este virus no tienen problemas serios, pero en una minoría de los casos, “la infección provoca enfermedades graves, incapacidades permanentes e incluso la muerte del recién nacido”. (Infecciones durante el Embarazo, 2003: 89).

Herpes Simple.- es una infección viral, la cual se propaga y se transmite cuando se tiene contacto directo con zonas del cuerpo infectado. Cuando una mujer embarazada se infecta de herpes corre el riesgo de sufrir un “aborto espontáneo o un trabajo de parto pre-término”, así como presentar complicaciones con su bebé.

Si se infecta de herpes durante el primer o segundo trimestre, es poco probable que el bebé resulte afectado, debido a que el cuerpo de la madre produce anticuerpos que protegerán al bebé; mientras que si la infección se realiza en el tercer trimestre o en la última etapa del embarazo, el riesgo de presentar complicaciones es mayor, debido a que los anticuerpos producidos por el cuerpo de la madre no han tenido el tiempo suficiente como para pasar de su cuerpo al de su bebé antes de que llegue el momento de dar a luz. (Herpes, 2003: pág. 63).

Intoxicaciones.- Las madres que han estado expuestas a sustancias tóxicas durante el embarazo se encuentran en mayor riesgo de tener un bebé con parálisis cerebral. Dentro de las sustancias tóxicas podemos mencionar a las siguientes. (Intoxicaciones, 2001: 17):

Hierro.- la exposición de una mujer embarazada a este tipo de intoxicación presenta riesgo de que su bebé nazca con “malformaciones esqueléticas y defectos de osificación”. La gravedad de esta intoxicación es mayor en la madre que en el feto, puede provocar la muerte materna con fetos

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

completamente sanos, en el caso de que la intoxicación es en el tercer trimestre de gestación, la desferoxamina (antídoto) puede ser suministrada.

Mercurio: La exposición a esta sustancia por parte de una mujer en estado de gestación provoca como resultado el aborto espontáneo y es además “embriotóxico, fototóxico y teratogénico”. La posibilidad de aplicar un tratamiento ante esta toxicidad sólo es posible luego del parto debido a que a una mujer en estado de gestación no es recomendable la aplicación de medicamentos y por lo tanto de un tratamiento.

Plomo: los efectos que provoca el plomo en una madre embarazada son alteraciones cognitivas y anomalías congénitas debido a que el plomo atraviesa la barrera placentaria y la exposición en el útero perjudicando al bebé en estado de gestación, inclusive puede producir aborto espontáneo.

Incompatibilidad Rh es una afección que se desarrolla cuando el grupo sanguíneo Rh de la madre (positivo o negativo) es distinto del grupo sanguíneo del bebé. Debido a que las “células sanguíneas del bebé y la madre se mezclan durante el embarazo”, si una madre tiene un grupo sanguíneo negativo y su bebé grupo sanguíneo positivo, por ejemplo, el sistema de la madre no tolerará la presencia de glóbulos rojos Rh positivos. Su cuerpo comenzará a fabricar anticuerpos que atacarán y matarán las células sanguíneas de su bebé. La incompatibilidad del grupo sanguíneo es un factor de riesgo para tener parálisis cerebral. (El Peligro de la Incompatibilidad, 2003: 20).

Enfermedades sistémicas de la madre.- Dentro de este podemos hacer referencia a las siguientes:

Cardiopatías.- son alteraciones del corazón, en el pasado las mujeres que presentaban problemas cardíacos no se les aconseja embarazarse por el bien de las madre como del futuro hijo, pero en la actualidad la intervención oportuna con la cesaria ha dado buenos resultados.

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

La diabetes materna.- La diabetes con frecuencia se descompensa con el embarazo o se estabiliza en estadios más graves. El niño a continuación del desequilibrio metabólico de los azúcares, nace macrosómico (muy grande) pero frágil, es por lo tanto, necesario un monitoreo atento del progreso del parto.

Hipertensión.- es la complicación médica más frecuente durante el embarazo. "Un 10% de las afectadas suele sufrir una hinchazón generalizada en las piernas a causa de este trastorno", esta alteración también puede provocar "convulsiones" en la madre, este tipo de complicaciones pueden llegar a provocar la muerte.

Los especialistas desconocen las causas exactas que originan esta situación, que suele aparecer en algunas mujeres a partir de la semana 20 de gestación. "Probablemente está vinculado a los cambios hormonales, porque tras el parto desaparece la hipertensión" (Hipertensión en el Embarazo, 2003, 44).

Consumo de medicinas.- Los medicamentos durante el embarazo son muchas veces necesarios, pero puede ser muy perjudiciales para el embrión; debido a que estos son absorbidos por la placenta, los mismos que van directamente hacia el cerebro fetal y otros órganos y debido a que éstos no están lo suficientemente maduros, les es imposible eliminar estas sustancias. El consumo de medicamentos durante el embarazo pueden llevar a riesgos tanto para la salud de la madre como al del bebé; por eso se aconseja no consumir ningún medicamento durante el embarazo sin que éste no haya sido prescrito por el médico con anterioridad. (El Embarazo, 2003, 64).

PERÍODO PERINATAL.-

Por otra parte la parálisis cerebral durante el período perinatal hace referencia a las lesiones que suelen ocurrir en el momento del parto. "Ocasionalmente el 55% de los casos" (Parálisis Cerebral, 2001: 95), y las causas más frecuentes son:

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Anoxia (déficit del oxígeno) se refiere a la falta total de oxígeno aunque generalmente se usa el término de hipoxia,

La asfixia.- es una carencia de oxígeno en el cerebro del bebé causada por una interrupción en la respiración o por bajo suministro de oxígeno, si el suministro de oxígeno se interrumpe o se reduce durante períodos largos, el bebé puede desarrollar un tipo de daño cerebral llamado “encefalopatía hipóxica-isquémica”, que destruye el tejido de la corteza motora cerebral y otras áreas del cerebro. Este tipo de daño también puede estar causado por muy “baja presión arterial materna, rotura del útero, desprendimiento de la placenta, o problemas con el cordón umbilical”. (Parálisis Cerebral, 2001: 103).

Parto distócico hipoxia - asfixia.- se considera parto distócico cuando este se realiza con la “ayuda de fórceps o ventosas”. La aplicación de estos instrumentos no es perjudicial en sí, pero se vuelve negativo cuando el feto no está en buenas condiciones. En la actualidad cuando se presentan complicaciones en el momento del parto, los médicos ayudan a la madre con la aplicación de fórceps o ventosa, con el fin de proteger la vida tanto del niño como de la madre y evitar secuelas posteriores, este instrumento se aplica únicamente cuando el niño se encuentra ya en el canal del parto, pero; si el parto comienza a complicarse es mejor proceder a realizar la cesárea. (Pellegrini traducido por Proaño, 2009: 23).

Prematuridad.- Se considera prematuridad si nace antes de que el embarazo llegue a su término, (37 semanas de gestación) y pesan menos de 3 1/3 libras (1.5 kg) tienen de 20 a 80 veces más probabilidad de desarrollar parálisis cerebral. Cuanto más prematuro es el bebé, menos posibilidades hay de que las funciones vitales de los sistemas respiratorio, digestivo y cardiovascular estén suficientemente desarrolladas para poder vivir fuera del útero.

Las causas que provocan el parto prematuro son muy diversas, entre las más frecuentes tenemos a las siguientes: (El Recién Nacido, 2002: 47).

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Malformación del útero, problemas de la abertura del cuello del útero. Durante los ocho primeros meses de embarazo el cuello del útero está cerrado y tiene una forma alargada. Alrededor del comienzo del noveno mes, el cuello del útero se acorta y empieza a abrirse. Pero puede ocurrir que este proceso se adelante y ocurra a partir del 6º mes pudiendo provocar un parto prematuro debido a las contracciones que se suceden con frecuencia.

Alteraciones de la placenta: placenta previa o desprendimiento precoz de la placenta.

Enfermedades de la madre: anemias, problemas de tiroides, enfermedades coronarias o renales, etc.

Traumatismos durante el embarazo que provoquen contracciones uterinas.

Infecciones adquiridas por la madre: histeriosis, estreptococos B, etc.

Embarazos gemelares que provocan una distensión anormal del útero.

Exceso de ejercicio físico, trabajo extenuante o realizado en malas condiciones, desplazamientos diarios largos, etc.

Madres con adicción a algún tipo de droga. Toxemia gravídica.

En cualquiera de los casos, siempre se intenta detener el parto para favorecer la maduración del niño, si el niño no está sufriendo, se puede administrar a la madre fármacos elaborados con hormonas que frenan las contracciones del útero y ayudan al organismo del niño a madurar y activan genes capaces de producir sustancias muy importantes para las funciones vitales sin crear efectos secundarios.

Partos múltiples.- Los mellizos, trillizos y otros nacimientos múltiples, aún aquellos nacidos a término, están ligados a un riesgo aumentado de tener



UNIVERSIDAD DE CUENCA

parálisis cerebral. La muerte del mellizo o trillizo, aumenta más el riesgo. (Parálisis Cerebral, 2008: 32).

Existen muchos factores relacionados con un embarazo múltiple, dentro de los factores naturales se puede incluir: herencia, edad madura, alta paridad, medicamentos que estimule la ovulación, etc. (Parálisis Cerebral, 2008: 34).

PERÍODO POSNATAL.-

Finalmente la parálisis cerebral producida durante el período posnatal, se da una vez que el bebé ha nacido, estas pueden ser de índole diferente, la lesión es debida a enfermedades ocasionadas después del nacimiento. Corresponde a un “10% de los casos y puede ser debido a traumatismos e infecciones”.(Parálisis Cerebral, 2008: 47).

Enfermedades infectivas.- son las responsables de alteraciones encefálicas pueden ser: definitivas o evolutivas.

Encefalitis definitiva: Son infecciones cerebrales, resultado de causas virales (invasión de virus en la sangre) que determina la afección y el sufrimiento de toda la corteza cerebral, su incidencia es muy breve, el niño presenta un aumento de fiebre, puede perder la conciencia y/ o presentar convulsiones, luego de la pérdida de la conciencia puede suceder la recuperación o en caso contrario aparecen las consecuencias como: problemas motores, epilepsia, regresión psíquica. “El daño es definitivo, sin evolución sucesiva en el plano patológico, pero con resultados de parcial recuperación”. (Pellegrini traducido por Proaño, 2009, 24).

Encefalitis evolutiva.- se localiza en las células del SNC, con evolución más lenta, permanecen por largo tiempo; son responsables de sucesivas recaídas, las mismas que se puede repetir por muchos años. “En estos casos un niño que ha tenido una encefalopatía, podrá tener repeticiones de la enfermedad con mejoramiento y recaídas”.

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

La rubeola.- es un tipo de encefalopatía, el mismo que el niño puede contraer alrededor de los 3-4 años, se soluciona supuestamente sin ningún complicación aparente; pero a la edad de los 12-13 años puede evidenciarse “dificultades neurológicas sobre el plano motor, el niño pierde poco a poco las funciones motrices de las articulaciones y del tronco, más tarde decae también sobre el plano psíquico”. (Pellegrini traducido por Proaño, 2009, 24).

Traumas.- los niños están expuestos a traumas, sea de tránsito como domésticos debido a que en la actualidad las madres trabajan, y se ven obligadas a dejar a sus hijos con familiares o vecinos o en algunos casos en guarderías, los mismos que en ocasiones no cuentan con las seguridades adecuadas para el cuidado de los niños.

La escuela es un lugar donde se puede ocasionar accidentes inesperados como caídas y traumas ya sea en los juegos recreativos o en los espacios verdes que dan como resultado problemas neurológicos crónicos. “El niño post traumático tienen una patología particular que necesita cuidados constantes, las consecuencias son frecuentemente permanentes. Particularmente importante para el aprendizaje es el déficit de memoria”. (Pellegrini traducido por Proaño, 2009, 24).

Malformaciones congénitas: se trata de malformaciones vasculares, las cuales pueden suceder en época pre- o post natal. La causa de estas malformaciones se debe a la rotura post- natal de un aneurisma que afecta la “arteria cerebral media y determina un cuadro de hemiparesia”. Si la ruptura sucede en período pre natal entre el 2° y 3° trimestre de vida intrauterina, se verifica una amplia lesión que da el cuadro de la poroencefalia, los resultados pueden ser leves, signo de una eficaz actividad compensatoria del SNC.

Tradicionalmente la parálisis cerebral se ha clasificado en diversas categorías de acuerdo a las formas características de conducta motriz. (Pellegrini traducido por Proaño, 2009, 27).

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

2.6. HEMIPLEJÍA ESPÁSTICA

Se define como hemiplejía espástica a la parálisis de un solo lado del cuerpo; de un brazo, una pierna, el tronco y a veces la cara, generalmente este problema es resultado de un accidente cerebro-vascular, (trombosis arterial, o hemorragia cerebral) que interrumpe el flujo sanguíneo en una región del cerebro, lo cual produce la necrosis o muerte del tejido cerebral correspondiente a la zona afectada, pero también puede estar ocasionado por patologías en los hemisferios cerebrales o en la espina dorsal. Cuando los músculos afectados quedan rígidos, recibe el nombre de hemiplejía espástica; y cuando quedan flácidos y debilitados se denomina hemiplejía flácida.

Dependiendo del hemisferio cerebral afectado, las lesiones anulan el movimiento y la sensibilidad de la mitad opuesta del cuerpo. Además de la parálisis, se ven disminuidas otras funciones, como la audición, visión, el habla y también la capacidad de razonamiento.

Según el criterio del especialista Dr. Víctor José Villanueva, las hemiplejías se puede clasificar como:

1.- Las *hemiplejías directas* son aquéllas que se manifiestan con una parálisis facial del mismo lado que los miembros y tronco, según el punto donde se produzca la lesión estas hemiplejías directas pueden ser:

-Hemiplejía cortical: La lesión afecta a la zona motora de la corteza cerebral y rara vez afecta a la totalidad del hemisferio ya que la irrigación hemicerebral no es influencia de una sola arteria “arteria silviana y cerebral anterior”.

En este caso, casi siempre se produce una monoplejía braquial o crural acompañada de manifestaciones corticales como convulsiones y déficit intelectual así como alteraciones sensitivas.

-Hemiplejía subcortical: La lesión afecta al centro oval antes de que el haz motor piramidal alcance la cápsula interna.

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

En este tipo de “hemiplejía” ya no son frecuentes las monoplejías aunque sí las manifestaciones corticales.

-Hemiplejía capsular: Es la más frecuente de todas y responde a la definición de hemiplejía típica.

Cuando la lesión se encuentra en la cápsula interna izquierda puede aparecer afasia (en sujetos diestros) que merece un comentario aparte.

-Hemiplejía talámica: La lesión es talámica y ataca al haz piramidal con contigüidad existiendo variadas manifestaciones de la sensibilidad.

-Hemiplejía piramidoextrapiramidal: Las lesiones afectan a la vía piramidal y a los centros extrapiramidales por tanto la hemiplejía aparece asociada a manifestaciones extrapiramidales como son: rigidez, temblor, bradilalia, etc.

2.- Hemiplejías alternas.- son las que combinan la parálisis de un miembro superior, inferior y hemitronco de un lado (por lesión de la neurona motora superior), y la parálisis de uno o más pares craneales del lado opuesto al de la parálisis del hemicuerpo (por afección de la neurona motora inferior),(la enfermedad que afecta al haz piramidal también lo hace con el núcleo o las raíces de origen de los nervios craneales).

Con frecuencia hay alteraciones sensitivas, cerebelosas y extrapiramidales por aproximación.

Las hemiplejías alternas pueden ser:

-**Hemiplejías pedunculares** (Síndrome de Weber): Está afectado el haz piramidal que ocupa el pie del pedúnculo cerebral afectándose el III par. Queda afectado el motor ocular común del mismo lado de la lesión (no de la parálisis) y el facial del lado opuesto.

-**Hemiplejías protuberenciales:** La lesión afecta a la región anterior de la protuberancia en su porción inferior. La hemiplejía cursa con parálisis facial del

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

mismo lado de la lesión afectándose tanto el facial superior como el inferior, esto es debido a que están afectadas las fibras radicales del facial; existe por lo general parálisis del motor ocular externo (VI par) del mismo lado de la lesión debido a la cercanía de ambos pares craneales.

-Hemiplejías bulbares: La lesión afecta a la parte anterior del bulbo interrumpiendo el haz piramidal. La hemiplejía respeta la cara y se produce al lado contrario de la lesión acompañándose de parálisis del hipogloso (XII par).

3.- Hemiplejía espinal.- se ubica por lesión de la mitad del ancho de la médula espinal y ésta está localizada por encima o a nivel del engrosamiento cervical de la médula. Esta lesión es muy rara debido a que aparece parálisis o paresia del mismo lado de la lesión, respetando la cara, la cabeza.

La vía piramidal se encuentra próxima a varias formaciones que no desempeñan función motora pero que pueden ser comprometidas por las enfermedades que la afectan de modo que a la hemiplejía se puede agregar otras manifestaciones no motoras que incluso permiten un diagnóstico de localización de la lesión. Por ejemplo, una hemiplejía derecha por lesión del hemisferio izquierdo se acompaña de afasia de expresión porque un centro del lenguaje está en la “parte media de la 3ª circunvolución frontal, cerca de la parte posterior de ella y de la 2ª que son parte del sistema piramidal”. (Villanueva, 2002, pág. 26)

En la hemiplejía se destaca tres fases de evolución:

- **Fase *ictus*** (que significa ataque)

- **Fase de estabilización.-** en la cual el paciente presenta confusión mental, temporal y espacial y puede presentar afasia (pérdida del habla) si la lesión se encuentra en el hemisferio izquierdo del encéfalo.

- **Fase de recuperación.-** en la cual el paciente progresa hacia una mejoría, de acuerdo a la causa de la hemiplejía.

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

El apoyo psicológico y las medidas rehabilitadoras (físicas, sobre el habla. etc.) dependerán de la zona cerebral dañada y de las lesiones funcionales de cada caso, de esta manera podríamos decir que el tratamiento debe iniciarse a edades tempranas, cuando el niño o niña es diagnosticado con hemiplejía para evitar complicaciones y favorecer el aprendizaje y autovalidamiento del pequeño, de esta manera se evitará que empeore la situación con intervenciones más tardías.

Cuando aparece de forma aguda y rápida suele deberse a lo que se denomina accidente vascular cerebral (AVC), bien por embolia, bien por hemorragia. La embolia cerebral sucede cuando un coágulo de sangre obstruye (es decir, tapa como un émbolo) una arteria. La hemorragia deriva de la rotura de una arteria o vena, con la consiguiente salida de sangre, la cual forma un hematoma cerebral.

Sea cual sea la causa, una zona del cerebro queda sin el adecuado irrigación sanguíneo. Si la zona cerebral afectada "muere", aparece un infarto cerebral. En el cuerpo se reflejan parálisis y pérdidas de función relacionadas con la zona cerebral afectada. De esta manera una lesión en la zona temporal izquierda (la que está por debajo del hueso temporal del cerebro, más o menos bajo el oído) dará lugar a parálisis en brazo derecho y/o pierna derecha, junto a probable afectación del habla.

Pero si el niño recibe una atención adecuada que le ayude a mejorar sus movimientos, que le estimule su desarrollo intelectual, que le permita desarrollar el mejor nivel de comunicación posible y que estimule su relación social, podrá aprender mucho y llevar una vida plena como los otros niños, para lo cual es necesario brindarles amor, aliento, rehabilitación y apoyo; lo cual fomentará el aprendizaje de ciertas habilidades sociales y la oportunidad de fomentar su confianza y su autoestima.

El hemipléjico, expresa por medio del dibujo las dificultades de integración a los cuales se enfrenta dentro de la escuela, familia y sociedad, es el medio por el cual expresa la forma en la que él se percibe, los componentes espaciales del

Autor:

Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

propio cuerpo, sea por la dificultad de representación de sí por medio de la percepción simétrica de los dos hemisoma, o por problemas emocionales justificados por la desarmónica evolución de la comunicación gestual.

Dentro de las características comportamentales que presentan las personas con parálisis cerebral espástica, los mismos que se pueden observar antes de los dos años, y en otros casos puede aparecer antes de los tres meses, así tenemos a las siguientes:

Movimientos anormales, problemas de sensibilidad, sensaciones anormales, tono muscular anormal, disminución de la inteligencia, dificultad para succionar o alimentarse en los bebés, problemas auditivos, aumento del babeo, respiración irregular, discapacidades para el aprendizaje, rango de movimiento limitado, dolor, pérdida parcial o total del movimiento (parálisis), dientes en forma de clavija, problemas para deglutir (en todas las edades), crisis epiléptica, problemas del habla (disartria), incontinencia urinaria, problemas visuales, vómitos o estreñimiento. (Parálisis Cerebral, 2001: 97).

Estas características comportamentales influyen en el comportamiento afectivo de estos sujetos con hemiplejía, pero es necesario tomar en cuenta el medio en el cual se desenvuelve el niño; debido a que no existe una forma particular de comportamiento todo dependerá del medio en el que se desarrolla, influencia de la familia, de las personas que lo cuiden.

Los hemipléjicos presentan diferentes características de un caso a otro, no existe un modelo estandarizado o general de comportamiento, su característica prevalente es el hipertono, por lo que hace que el niño dependa de otras personas y experimente cosas nuevas a través de los demás, por lo que la reducción de movimientos dependerá de la falta de motivación recibida de parte de las personas que lo rodean.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CONCLUSIÓN

En conclusión la hemiplejía es un trastorno físico – muscular que provoca un daño de un hemisferio cerebral, limitando la movilidad de la persona que la padece, esto no necesariamente significa bloqueo de la capacidad cognoscitiva del niño, por lo tanto con una terapia adecuada y una aceptación social y pedagógica de los centros educativos podremos disminuir y excluir conductas discriminatorias y excluyentes de nuestras escuelas.

Así pues, creo que el trabajo con niños con parálisis cerebral dentro de una educación inclusiva es muy importante en la actualidad. Primero porque la política oficial determina que todos los niños, niñas y adolescentes con discapacidades tienen derecho a una educación pública de calidad, libre y sin discriminación. Segundo porque la coyuntura actual nos plantean temas de integración de la heterogeneidad, de igualdad de oportunidades, de respeto a la diversidad, entre otros; en este sentido la educación inclusiva constituye una importante vía de impulsar y construir este tipo de conductas.

La inclusión de las personas con discapacidad en programas regulares de educación, es uno de estos esfuerzos sociales, aquí se da énfasis a programas que colocan a los niños con discapacidades en salones de clases con estudiantes sin discapacidades; para promover conductas de tolerancia, aceptación y solidaridad entre los compañeros de la misma clase y del centro educativo en general. Esto significa una opción educacional para los niños y niñas de los actuales procesos educativo del nuevo milenio.

Este proceso beneficia y provoca cambio de conductas tanto en los niños con discapacidades, cuanto en los niños y niñas que no las tienen; porque al tener compañeritos con discapacidades los niños aprenden a aceptar las diferencias a una tierna edad y a convivir con ellos.

En definitiva, el objetivo del análisis de una educación inclusiva y del problema que viven los niños y niñas con hemiplejía es perfilar una propuesta de

Autor:

Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

inclusión educativa en el área de escritura para un educado del 3ero de educación básica, propuesta que se presenta en el siguiente capítulo de esta investigación; promoviendo de alguna manera y en la medida de lo posible, cambios y transformaciones, aún cuando algunos centros educativos no están bien equipados y peor aún preparados para educar a niños con discapacidades físicas e incluirlos en sus procesos pedagógicos.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPITULO 3

PROPUESTA PEDAGÓGICA

INTRODUCCIÓN

Una vez analizados cada uno de los aspectos en el estudio de caso y los conceptos básicos sobre la hemiplejía espástica, a continuación presentamos la Propuesta Pedagógica a ser aplicada en la Unidad Educativa Maldonado Vásquez para el niño N.N. del Tercer Año de Educación Básica, la misma que está organizada de la siguiente manera:

La columna de contenidos y destrezas están de acuerdo a la Reforma Curricular: identificación de los contenidos más importantes comunes para todos los estudiantes.

En la columna de las actividades generales el docente va encontrar varias actividades para introducir o reforzar en los niños los conocimientos pertinentes y que a la vez estimular las funciones cognitivas (percepción, lenguaje, organización témporo – espacial, atención, memoria, clasificación), socio afectivas (comunicación, capacidad de integración, ritmo y autocontrol, auto ayuda) y psicomotoras (motricidad gruesa y fina, tono muscular, lateralidad y esquema corporal).

La columna de las actividades inclusoras, se propone acciones que el niño incluido puede desarrollar simultáneamente con sus compañeros de clase, sin perder la conexión con la esencia de los contenidos y/o actividades de la clase en general.

Columna de recursos, se menciona los materiales del entorno y didácticos que requiere la maestra para la elaboración de las actividades propuestas.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

EN EL ÁREA MOTRIZ

Tras el análisis de la situación de N.N., es redundante mencionar que presenta una hemiplejía espástica para lo cual se realiza una propuesta de inclusión educativa en el área de escritura que servirá para que los maestros y maestras puedan llevarlo a cabo en bien del niño.

Para la elaboración de la presente propuesta me fundamento en la teoría del desarrollo de Jean Piaget, en la cual el aprendizaje se da por la relación que existe entre el desarrollo psicológico y el proceso de aprendizaje, el desarrollo empieza desde que el niño nace y evoluciona hacia la madurez, pero los pasos y el ambiente difiere en cada sujeto, alude al tiempo como un limitante en el aprendizaje, en razón de que ciertos hechos se dan en ciertas etapas del individuo.

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

3.1. ADAPTACIÓN CURRICULAR ÁREA: ESCRITURA

CONTENIDO	DESTREZA	METODOLOGIA	ACTIVIDADES DE GRUPO	ACTIVIDADES INCLUSORAS	RECURSOS	EVALUACIÓN
<p>Aprestamiento</p> <p>(Nociones espacio – temporales)</p>	Generar ideas para escribir	<p>Conversación</p> <p>Observación</p> <p>Presentación</p> <p>Identificación</p> <p>Aplicación</p>	Explicar con material didáctico y con la participación de los niños las diferentes alternativas de las nociones espaciales (arriba, abajo, adelante, atrás, al medio, a la izquierda, a la derecha, etc.) y temporales ayer, hoy, mañana, antes, después, etc.)	Señalar los objetos, juguetes compañeros que están ubicados en relación del niño, se trabajarán con las mismas nociones del grupo, en este caso, sólo se incrementará la participación del niño, y se promoverá la ayuda de los compañeros.	<p>Espacios y objetos del aula.</p> <p>Rincón de juego.</p>	<p>Pintar en una hoja los objetos que indique la maestra.</p> <p>La evaluación será la misma para todos los niños.</p>
Las vocales	Identificar las vocales en un	Método motor-gnóstico	Identificar oralmente y con pintura, todas las vocales que encuentre	Recordar las vocales formándolas con	Láminas	Separar de un grupo de letras únicamente las

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

	escrito.	<p>Visualización</p> <p>Audición</p> <p>Pronunciación</p> <p>Comprensión</p> <p>Aplicación.</p>	<p>en un texto de cuento.</p> <p>Escribir un texto en el cuaderno y todas las vocales con otro color.</p>	<p>papel arrugado, con masa, con arcilla, sobre una lámina previamente impresa con todas las vocales.</p> <p>Repasar con sus dedos las vocales resaltadas en la actividad anterior.</p> <p>Intentar hacer el trabajo de sus compañeros con la ayuda del compañerito de mesa.</p>	<p>Papel picado</p> <p>Cuaderno</p>	vocales.
Consonantes: m-p-s-l-t-n	Separar correctamente las palabras	<p>Método didáctico de la palabra:</p> <p>Conversación</p>	Pedir a los niños que repitan varias veces en voz alta la letra y la sílaba que estamos enseñando y que dibujen la letra en el	<p>Introducir el lenguaje de señas para expresar las letras del abecedario</p> <p>Identificar las</p>	<p>Lámina</p> <p>Lápiz</p> <p>cuadernos</p>	Identificar los objetos del aula que contengan las letras aprendidas según indique la

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

		Observación Pronunciación Identificación aplicación	aire, luego en su cuaderno.	letras y sílabas aprendidas mediante palmadas y escribirlas en una lámina y en su cuaderno. Enseñar a los compañeros las letras con el lenguaje de señas.		maestra.
Consonantes: r-rr-d-c-q-v-g	Reconocer y escribir las palabras con las sílabas aprendidas.	Método motor-gnóstico Visualización Audición Pronunciación Comprensión	Leerles las rimas que introducen el aprendizaje de cada letra y hacer que las repitan. Observar los dibujos del texto y decir en voz alta.	Reconocer en un escrito las letras aprendidas y asociarlas con un dibujo del entorno y colocarlas en la pared.,	Recortes Láminas Texto	Elaborar un collage con dibujos y palabras aprendidas. Reproducirla mediante lenguaje de señas.

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

		Aplicación				
Consonantes: f-ll-ch-ñ-h-y	Emplear normas básicas en la escritura de los fonemas aprendidos	Método motor-gnóstico Visualización Audición Pronunciación Comprensión Aplicación	<p>Escribir en el espacio correspondiente de su libro las letras que faltan.</p> <p>Mencionar palabras que contengan las sílabas aprendidas.</p>	<p>Trazar en pared las consonantes nuevas con cinta masking, pedir que las repase con sus dedos.</p> <p>Ubicar la letra que falta, utilizando el sistema de fichas impresas las letras.</p> <p>Hacer la misma actividad con el lenguaje de señas, para todo el grupo</p>	Cinta masking	Escribir palabras que suenen como calle, piña, pila, cheque, etc.
Sonidos, gue, gui, ge, gi	Ordenar palabras y formar	Método motor-gnóstico	Escribir la sílaba en los espacios correspondientes en la hoja de trabajo,	Igual que sus compañeros pero con ayuda de uno	Sílabas impresas en cartulina.	Juego de palabras para todos los niños.

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

	oraciones	Visualización Audición Pronunciación Comprensión Aplicación	relacionado la sílaba con la palabra, solo así la escritura tendrá sentido.	de ellos. Buscar en la sopa de sílabas las que faltan para completar la palabra presentada en el pizarrón y luego escribirla en su cuaderno de tareas.	Rotulo de la palabra con la sílaba faltante.	Palabras incompletas.
--	-----------	---	---	---	--	-----------------------



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Una vez realizado la adaptación curricular en el área de escritura, no debemos olvidar que si bien fue necesario realizar ajustes tanto a los elementos de acceso al currículo, es igualmente indispensable realizar ajustes al contexto escolar para normalizar la respuesta educativa en bien del niño incluido en la Escuela Regular. Estas ayudas estas dirigidas a conseguir un mayor nivel de autonomía en N.N.

3.2. Adecuaciones en el Centro Educativo

- Suprimir los escalones de entradas y accesos, instalando pequeñas rampas de pendiente suave, que favorezcan que el alumno pueda acceder y circular autónomamente.
- Colocación de pasamanos y barandillas en las rampas o determinados espacios donde sean necesarios (pasillos, aulas, acceso al bar).
- Ubicación en la planta baja el aula para el niño.
- Adaptación en los elementos de aseo: lavamanos sin pedestal, grifo monomando (automáticos), apoyos para sentarse en el excusado, manija de las puertas adecuadas al caso.

3.3. Adecuaciones en el aula

- Adecuación de pupitres y espacios entre los mismos para facilitar el desplazamiento.
- Mobiliario y asientos adecuados para prevenir malas posiciones de los niños al momento de la escritura y actividades diarias.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Estantes y casilleros individuales para ser colocados en el piso o a una altura prudencial para facilitar el acceso de los niños a sus materiales.
- Eliminar las plataformas o tarimas donde se ubica el maestro debido a que esto puede generar accidentes al momento de desplazarse en el aula.
- Colocar al niño adelante del aula para recibir la mayor y menor atención del maestro, adaptarle la mesa y silla a las necesidades del niño.
- Adaptar los anaqueles y percheros a la altura y dificultades personales del alumno.

3.4. SUGERENCIAS DE INTERVENCIÓN

Para obtener los mejores resultados en el proceso inclusivo del niño con Hemiplejía espástica; una vez realizada las adaptaciones al currículo, al centro y al aula, me parece importante realizar las siguientes sugerencias a:

FAMILIA:

- Eliminar los paradigmas vigentes en los padres de una inteligencia única y general para el aprendizaje en su hijo.
- Motivarles para la realización de tareas conjuntas con el niño en casa pueden incentivar al niño a realizarlas con frases motivadores que le animen a seguirlas realizando cada día mejor.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Compartir experiencias de actividades nuevas aprendidas por el niño y relacionarlas con las oportunidades que le brindan su familia, amigos y el entorno que le rodea.
- Visitar instituciones o profesionales que trabajen con niños en similares condiciones, para que aprendan nuevas formas de estimular al niño y así descubrir y formar un ser humano con autoestima, mayor percepción para manejar el espacio, expresarse a través de otras técnicas no aplicadas por los padres y el niño, relacionarse con otros niños fuera de su entorno y la posibilidad de resolver mejor los problemas de la vida diaria que se presenten.
- Fomentar la independencia del niño en cuanto al cuidado de sus pertenencias tanto de la escuela como las de casa.

COMPAÑEROS DE AULA

- Establecer compromisos con sus compañeros de clase y de la escuela para facilitar o establecer los apoyos que va a necesitar el niño durante las horas que se encuentra en la escuela.
- Reforzar los mensajes orales con gestos y signos.
- Realizar o aplicar pre página antes de insistirle o ayudarlo en alguna actividad.
- Promover el aprendizaje del lenguaje manual en toda el aula para que pueda comunicar con todos.
- Incentivar el apoyo, aceptación y colaboración de los niños con el niño con NEE.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Crear un clima de amistad y cooperación con los familiares del niño para que sientan la solidaridad de la comunidad.

MAESTRA DE AULA

- Fomentar la capacitación docente tanto de la maestra que tiene alumnos con necesidades educativas especiales como del resto de maestros, para estar más actualizadas en estrategias inclusoras a través de talleres, charlas, consultas a especialistas, etc.
- Comenzar las tareas en clases con evaluación en la que esté asegurado el éxito.
- Situar al niño en un lugar donde no exista riesgo de accidente evitando ser excluido dentro del grupo.
- Realizar refuerzos positivos que afiancen el aprendizaje y confianza en si mismo.
- Combinar las tareas escolares de esfuerzo con situaciones de diversión o juego que faciliten el aprendizaje en el niño.
- Controlar los periodos de entrega de tareas en clase, teniendo en cuenta que N.N. necesita más descanso.
- Reforzar continuamente las destrezas, habilidades y conocimientos adquiridos por el niño.
- Asignar responsabilidades en la que amerite el desplazamiento dentro del aula para todos los alumnos.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- Valorar sus esfuerzos realizados, dejando de lado su discapacidad.
Fomentar el intercambio de ayuda y de experiencias entre colegas para mejor ayudar la tarea educativa del niño.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CONCLUSIÓN

Con la realización de este trabajo me ha permitido reafirmar la convicción sobre la realidad de la inclusión de niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas especiales en las escuelas regulares, constituyéndose en ambientes menos restringidos posibles para su aprendizaje y crecimiento personal el mismo que tiene soporte legal y Educativo, de esta manera favorecer esta corriente inclusiva para todos en igualdad de condiciones y de esta manera entregar a los maestros de la Unidad Educativa Amadeo Maldonado Vásquez la presente propuesta de inclusión educativa a realizarse con el niño con Hemiplejía espástica durante el año lectivo 2010 – 2011.

En la presente tesis se propone acciones para que el maestro, a la vez que desarrolle los contenidos de su programa y organiza las actividades en clase, pueda ofrecer al niño integrado las mejores posibilidades de aprendizaje. Estas recomendaciones no pretenden de ninguna manera que se sustituya para los niños integrados las actividades propuestas para el resto de los niños; su propósito es establecer presentar estrategias que el maestro puede adecuar a la situación de su niño integrado en particular, a la colaboración que brinde la familia, y de acuerdo a como logre motivar al resto de sus compañeritos para que colaboren con la inclusión.

La capacidad profesional del maestro y su sensibilidad determinarán las mejores estrategias a usar y el nivel de dificultad que le plantee al niño en sus tareas. El maestro está llamado a evaluar la capacidad del niño pero al mismo tiempo a comprender la necesidad de mantener un nivel de desafío en las tareas que le ofrezca.

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

BIBLIOGRAFIA

LIBROS CONSULTADOS

CHACÓN, Humberto., La Normalidad, la Discapacidad y otras Construcciones Sociales Cuenca Ecuador. Universidad de Cuenca. 2010.

FORO ECUATORIANO PERMANENTE DE ORGANIZACIONES POR Y CON LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.- Código de la niñez y adolescencia. Quito. Editorial Gráficas FLORART; 2004.

GONZÁLES TOLEDO, M. La Parálisis Cerebral. Mito y Realidad, Sevilla-España, Universidad de Sevilla – España, 1998,

HEWARD, William L. y ORLANSKY, Michael D. Programas de Educación Especial II., Barcelona, Ediciones Ceac, 2001.

LEY ORGANICA DE EDUCACIÓN, REGLAMENTO, LEGISLACIÓN CONEXA, CONCORDANCIAS, Quito-Ecuador, 2002, pág.22

PELLEGRI, Alda. El aprendizaje del niño con dishabilidad motriz por encefalopatía fija. Cuenca-Ecuador. Editorial La Nostra Famiglia. Conegliano Italia, 1994 traducido por Margarita Proaño. UDA 2009.

REPÚBLICA DEL ECUADOR, Constitución de la República del Ecuador, Quito-Ecuador, 2008.

SAMANIEGO, Pilar. Breve análisis situacional del Acceso a Servicios Educativos de Jóvenes con Discapacidad en el Ecuador, Quito- Ecuador, Editorial Santillán, 2005.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

SUSINOS Teresa. Aprender Junto a Estudiantes Diferentes: Estrategias de trabajo en el aula, España, Editorial Universidad de Cantabria, 2010.

RECURSOS DEL INTERNET

El Embarazo. Internet: www.ctv.es/USERS/fpardo/vihtoxo.htm. mayo 1999. Acceso: 14 de julio del 2010.

El Embarazo. Internet. www.cosasdesalud.com. Acceso 16 de julio del 2010. 2003.

El Peligro de la Incompatibilidad. Internet: www.socialmediasl.com/bebesymas.php. 2003 pág. 20 Acceso: 1 de julio del 2010.

Embarazo y Lactancia. Internet: www.femenino.info/12-03-2008. Acceso: 29 de junio del 2010.

"Hemiplejia." Microsoft® Encarta® 2009 [DVD]. Microsoft Corporation, 2008.

Herpes. Internet. www.espanol.pregnancy-info.net/ets-herpesyembarazo. Acceso: 17 de julio del 2010.

Hipertensión en el Embarazo. Internet. www.mujer.terra.es. Acceso: 9 de julio del 2010. 2003

Infecciones durante el embarazo. Internet. www.health.state.ny.us. Enero 2003. Acceso: 14 de julio del 2010.

"Intoxicaciones en mujeres embarazadas". Internet. www.abcdelbebe.com. 2001. Acceso: 1 de julio del 2010.

Autor:
Lcda. Sandra de las Mercedes Huiracocha Vivar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Parálisis Cerebral” Internet www.wikipedia.org/wiki/. Acceso: 16 abril del 2010.

“Parálisis Cerebral”. Internet www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/oo3215.hym. Acceso: 16 de abril del 2010.

Parálisis Cerebral” Internet [www.http://es.wikipedia.org/wiki/](http://es.wikipedia.org/wiki/). Acceso: 16 abril del 2010.

Parálisis Cerebral” Internet <http://www.es.wikipedia.org/wiki/>. Acceso: 16 abril del 2010. 2001, pág. 95

“Parálisis Cerebral. Internet: <http://www.es.wikipedia.org>. Acceso, 31 de mayo del 2010. 2001.

Parálisis Cerebral. Internet. www.español.ninds.nih.gov/trastornos. Julio 2008. Acceso: 16 de julio del 2010. 2008, pag. 32

Parálisis Cerebral”. Internet <http://www.es.wikipedia.org/wiki/>. 2008. Acceso: 16 abril del 2010.

Parálisis Cerebral. Internet:

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003297.htm. 2001.

ROMAGNA, Emilia. El Embarazo. Región Europea. Editorial Tracce Europa 2007. Intenet: www.embarazo.com Acceso: 29 de junio del 2010.