

INSTITUTO UNIVERSITARIO ASOCIACIÓN CRISTIANA DE JÓVENES
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA, RECREACIÓN Y DEPORTE

ABORDAJE EN EL ÁREA DE LA EDUCACIÓN FÍSICA DEL NIÑO CON PARÁLISIS
CEREBRAL: UN ESTUDIO DE CASOS EN 5 INSTITUCIONES DE LA CIUDAD DE
MONTEVIDEO

Investigación presentada al Instituto Universitario de la Asociación Cristiana de Jóvenes como parte de los requisitos para la obtención del diploma de graduación en la Licenciatura en Educación Física, Recreación y Deporte.

Tutor: Sofía Rubinstein

VANESSA FRANCO

MONTEVIDEO

2010

ÍNDICE

ÍNDICE	I
RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	2
2. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1. Discapacidad y sus enfoques.....	4
2.1.1 Discapacidad a nivel mundial	4
2.1.2 Discapacidad en Uruguay.....	4
2.1.3 Enfoques de la Discapacidad	5
2.1.4 Modelos de la discapacidad	8
2.1.5 Del Modelo Médico al Modelo Social.....	9
2.2. Parálisis cerebral	11
2.2.1 Conceptualización	11
2.2.2 Historia.....	12
2.2.3 Incidencia.....	13
2.2.4 Disturbios asociados.....	14
2.2.5 Causas.....	16
2.2.6 Clasificación.....	18
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	21
3.1. Paradigma	21
3.2. Modelo de investigación	21
3.3. Nivel de investigación.....	22
3.4. Universo y Muestra	22
3.5. Instrumentos utilizados para la recolección de datos.....	24
3.6. Estudio piloto.....	25
4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	26
5. CONSIDERACIONES FINALES	38

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
7.ANEXOS	44
ANEXO 1.....	45
7.1. Pautas de la Observación	45
ANEXO 2.....	46
7.2. Pautas de la entrevista semi estructurada dirigida a profesores de educación física .	46
ANEXO 3.....	47

RESUMEN

La siguiente investigación analiza las propuestas de trabajo implementadas por los docentes de Educación física que trabajan con niños con Parálisis Cerebral en cinco Instituciones de la ciudad de Montevideo, buscando recolectar información sobre un área poco desarrollada en nuestro país. Se basa en el paradigma interpretativo, con un corte cualitativo y alcanza un nivel exploratorio. La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista no estructurada por pautas, a docentes que desarrollan su trabajo con la población anteriormente mencionada. También se realizó una observación por pautas de las actividades que realizaban los niños en las clases de Educación Física. En las Instituciones que se tomaron en cuenta para realizar la investigación, algunas tienen como lineamiento principal la recreación, buscando en la mayoría de los casos no sólo que el niño se divierta sino mejorar su condición social, es decir hacerlo sentir parte de la sociedad. Otras poseen como condición esencial ser escuela, por lo que cuentan con las características propias de la misma. Todo esto se pudo vincular con los modelos de discapacidad tratados en el marco teórico, ya sea el modelo médico o el modelo social de la misma. A su vez, si bien ningún docente tiene como objetivo principal la rehabilitación, en muchos casos comentaban dicho concepto relacionándolo con el modelo de rehabilitación. Todos los docentes tienen como objetivo principal en sus clases de Educación Física con niños con Parálisis Cerebral el que se sientan partícipes, es decir tratar de integrarse dentro de sus posibilidades; buscaban mejorar su condición social inclinándose en gran parte hacia un paradigma social de la discapacidad. El aspecto más destacable de la investigación llevada a cabo es que la Educación Física ofrece condiciones para ayudar al niño con Parálisis Cerebral a desarrollarse plenamente, enfatizando fundamentalmente la socialización.

Palabras clave: Educación Física. Concepciones de discapacidad. Parálisis Cerebral. Modelo Médico y Social.

1. INTRODUCCIÓN

El motivo central que me impulsó a seleccionar el tema de esta investigación se cimienta en mi profundo interés por vincularme con las personas con discapacidad; por conocer sus hábitos, su personalidad, sus formas de enfrentar la vida. Además de esto, es mi deseo transmitirles mis humildes conocimientos logrando una retroalimentación constante que enriquezca el vínculo entre docente y alumno.

Dentro de las distintas discapacidades, esta investigación se centra en la Parálisis Cerebral y en las propuestas de trabajo empleadas por docentes de Educación Física que trabajan con niños.

Según el concepto de la Organización Mundial de la Salud, OMS (2001) citado por PAPPOUS (2007, p. 50) la discapacidad: “engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación”. Discapacidad es el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en la que esa persona vive. El mismo autor explica que la discapacidad no se define en sí, sino que se refiere a las relaciones que el individuo mantiene con la sociedad en la cual vive y en las condiciones ambientales.

Por su parte, la Parálisis Cerebral (PC) es un término diagnóstico que se utiliza para describir un grupo de síndromes motores secundarios a alteraciones precoces del desarrollo cerebral (NELSON et al., 2004). La PC no es progresiva, lo que significa que no se agravará cuando el niño sea mayor, pero algunos problemas se pueden hacer más evidentes (NELSON et al., 1994).

Recopilando los antecedentes referentes a este tema encontré que son diversos los autores que han realizado estudios sobre esta discapacidad, ya sea en el área de la fisioterapia, de la medicina o en el campo de la Educación Física. Sin embargo, en esta última área no encontré antecedentes de trabajos de investigación cuyo eje fueran las propuestas y los objetivos buscados por los docentes en el trabajo con niños con Parálisis Cerebral en instituciones de la ciudad de Montevideo.

Todo esto despertó en mí una gran inquietud y fue lo que me condujo a profundizar más respecto al tema, acudiendo a diversa bibliografía e instituciones que tratan con dicha discapacidad. Sumado a ello, durante el proceso de formación en la Licenciatura en Educación Física, Recreación y Deporte, tuve la oportunidad de acercarme a través de diversos docentes al campo de la discapacidad, siendo esto también uno de los motivos que me impulsó a desarrollar esta investigación.

Por la temática de estudio, esta investigación se enmarca en la línea de investigación de la actividad física adaptada.

El **punto de partida** de esta investigación es la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las propuestas de trabajo implementadas por los profesores de Educación Física con niños con Parálisis Cerebral en 5 instituciones situadas en la ciudad de Montevideo?

El **objetivo general**:

- Analizar las propuestas de trabajo desarrolladas por los profesores de Educación Física con niños con Parálisis Cerebral en 5 instituciones de la ciudad de Montevideo.

Del objetivo general se desprenden los **objetivos específicos** que se describen a continuación:

- Analizar los objetivos que buscan los profesores de Educación Física en las propuestas implementadas.
- Analizar las concepciones de discapacidad de los profesores de Educación Física.
- Analizar el paradigma que subyace en el trabajo de los profesores de Educación Física participantes del estudio.

2. MARCO TEÓRICO

El Marco teórico de esta investigación se subdivide en dos apartados. En el primero, se presenta la discapacidad a nivel mundial y en el Uruguay así como el nuevo enfoque que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto a la conceptualización de discapacidad y su evolución para llegar al mismo.

El segundo apartado, hace referencia a la Parálisis Cerebral y en el se incluyen la conceptualización, historia, la incidencia y las características más relevantes.

2.1. DISCAPACIDAD Y SUS ENFOQUES

“La discapacidad es un reto más que una tragedia, que tendría o no posibilidades racionales de respuesta, constituye, en todo caso, un conjunto de dificultades que puede y debe ser afrontado familiar, social y técnicamente de una manera global“ (Instituto Nacional de Estadística - INE, 2004, p. 4).

2.1.1 Discapacidad a nivel mundial

Según estadísticas de la OMS en el mundo hay aproximadamente un 10% de personas con discapacidad permanente, motriz, sensorial, mental, entre otras, formando un grupo aproximado de 600 millones de personas. Un 15% de ellas presentan deficiencias transitorias es decir personas que por una u otra causa ven limitadas sus posibilidades de desplazamiento, orientación y/o uso de instalaciones de manera temporal (INE, 2004).

2.1.2 Discapacidad en Uruguay

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (2004), la prevalencia de la discapacidad en Uruguay alcanza cifras de alrededor de 7.6% de la población total residente en hogares particulares urbanos de localidades de 5.000 o más habitantes; esta estadística alcanza a un 82% aproximado de la población total del país. La población con al menos una discapacidad se estima aproximadamente en 210.400 personas.

En cuanto a la prevalencia no se observan grandes diferencias en la capital con el interior (7.7% para Montevideo y 7.5% para el Interior Urbano).

En cuanto al sexo y la edad sí se marcan comportamientos diferenciales. La prevalencia de la discapacidad en la población total de mujeres es superior a la de los varones: 8.2 % mujeres y 7 % en hombres.

Con relación a la edad pasa lo contrario. La población masculina menor de 30 años presenta mayor incidencia de la discapacidad que la femenina de esas mismas edades, situación que se equilibra entre los 30 y 49 años para luego revertirse en las edades adultas mayores.

Además el 57% de la población relevada que manifestó tener por lo menos una discapacidad eran mujeres. En la capital este porcentaje aumenta a 60% mientras que en el interior es menor, formando un 54%.

Algo más de la mitad de la población con al menos una discapacidad (50.8%) tienen 65 años o más de edad. Le sigue la población entre 50 y 64 años aproximadamente (18.4%) y los adultos de 30 a 49 años (12.9%), en tanto que los niños, adolescentes y jóvenes representan aproximadamente el 17.9 %.

“La importancia relativa de los niños y adolescentes con discapacidad es mayor en el Interior Urbano mientras que en el grupo de adultos mayores en Montevideo supera al Interior” (INE, 2004, p. 8).

Dentro de la población con discapacidad el 31.3% refiere a dificultades para caminar, ya sea el no caminar o el tener limitaciones para moverse. Luego sigue la visión, ceguera o limitaciones para ver con un 25% y la audición, sordera o limitaciones para oír con un 13.6% aproximadamente.

2.1.3 Enfoques de la Discapacidad

Según Lancillotti (2003) citado por OLIVEIRA (2006, p. 41), el concepto de discapacidad ha ido variando a lo largo de la historia, a medida que las condiciones sociales se modificaron por la propia actividad del hombre, generando nuevas necesidades en relación con su medio social.

La OMS no fue ajena a esto y en distintos momentos se propusieron diversos enfoques con respecto a la discapacidad.

La clasificación elaborada por la Organización Mundial de la Salud, empleada a nivel mundial, que establece una distinción entre los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía, fue revisada y modificada luego de varias discusiones respecto al tema.

En su primer enfoque la OMS (1980) define a la deficiencia como toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La deficiencia supone un trastorno orgánico, que produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria. Se puede hablar de deficiencias físicas, sensoriales, psíquicas y de relación. A la discapacidad, como toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia, de forma temporal, permanente, reversible o irreversible)

de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen en que se considera normal para un ser humano. Es una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia, que se manifiesta en la vida cotidiana. Por ello la OMS (1980) plantea que la "discapacidad se tiene y la persona no es discapacitada, sino que está discapacitada" (GARCÍA; SÁNCHEZ, 2001, p. 17).

Por último, la OMS define a la minusvalía como, "la situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide, el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, el sexo y los factores sociales y culturales" (MESEGUER, 2001, p. 351).

La minusvalía incluye tres factores:

- la existencia de una desviación con respecto a la norma;
- su importancia depende de las normas culturales. No se valora igual en todas las culturas;
- suele suponer una desventaja que puede ser de orientación, de independencia física, de movilidad, de ocupación y de integración social.

En relación a la discapacidad GARCÍA; SÁNCHEZ (2001, p. 15) explican que "...la experiencia de la discapacidad es única para cada individuo, no sólo porque la manifestación concreta de la enfermedad, desorden o lesión es única, sino porque esa condición de salud estará influida por una compleja combinación de factores (desde las diferencias personales de experiencias, antecedentes y bases emocionales, construcciones psicológicas e intelectuales, hasta el contexto físico, social y cultural en el que la persona vive), ello da pie para sugerir la imposibilidad de crear un lenguaje transcultural común para las tres dimensiones de la discapacidad. Y ello también porque no sólo las experiencias individuales de discapacidad son únicas, sino porque las percepciones y actitudes hacia la discapacidad son muy relativas, ya que están sujetas a interpretaciones culturales que dependen de valores, contexto, lugar y tiempo socio histórico, así como de la perspectiva del estatus social del observador. La discapacidad y su construcción social varían de una sociedad a otra y de una a otra época, y van evolucionando con el tiempo".

A partir de la siguiente interrogante de cómo identificar los aspectos comunes sin perder de vista las distintas culturas se realizó una revisión de la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM), propuesta en 1980, por la OMS. La misma buscaba en ese entonces, centrarse en traspasar la barrera de la enfermedad (concepción clásica). Buscaba ir más allá del proceso mismo de la enfermedad y clasificar

las consecuencias que esta deja en el individuo tanto en su propio cuerpo cómo en su relación con la sociedad.

En este sentido GARCIA; SANCHEZ (2001, p. 17) consideran que “una deficiencia puede producir una discapacidad y la minusvalía puede ser causada por cualquiera de las dos anteriores“. Por tal motivo es que se critica la linealidad y causalidad enfermedad-deficiencia- discapacidad-minusvalía, propuesta por el CIDDM.

Es por ello que en el año 2001 aparece la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud conocida con la sigla CIF. Ya no se enuncian los tres niveles de consecuencias de la enfermedad, se habla de funcionamiento; este es un término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y las posibilidades de participación social del ser humano.

La nueva denominación que la OMS propone a través de la CIF plantea que la discapacidad se corresponde con un término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo las actividades y las restricciones en la participación social del ser humano; se considera a la discapacidad como una construcción entre los factores ambientales y los físicos (GARCÍA; SÁNCHEZ, 2001).

El objetivo principal de la CIF es “proporcionar un elemento unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud“. Rompe el enfoque causal y lineal de la CIDDM y propone un esquema de múltiples interacciones entre sus dimensiones y áreas (GARCÍA; SÁNCHEZ, 2001, p. 19).

Los dominios incluidos en la CIF pueden ser considerados como dominios de salud y dominios “relacionados con la salud” (GARCÍA; SANCHEZ, 2001).

Estos dominios se describen desde la perspectiva corporal, individual y mediante dos listados básicos:

- Funciones y estructuras corporales (cambios fisiológicos y anatómicos).
- Actividades - participación (capacidad de ejecución de tareas en un entorno uniforme con sus distintos niveles de dominio y categorías). Sumado a esto se encuentra el desempeño y la realización entendiéndose como la ejecución de tareas en el entorno real con sus distintos dominios y categorías.

Sumado a todo lo anterior, tenemos los factores contextuales que se dividen en dos componentes: los factores ambientales que se entienden como la influencia exterior sobre el funcionamiento y la discapacidad cuyo constructo es el efecto facilitador o barrera de las

características del mundo físico, social y actitudinal y que tiene distintos niveles de dominio y categorías. Los factores personales que son la influencia interna sobre el funcionamiento y la discapacidad cuyo constructo es el impacto de los atributos de la persona.

2.1.4 Modelos de la discapacidad

En cuanto a la discapacidad se han considerado varios modelos para explicar a la misma; con puntos de vista bien diferentes.

Por un lado tenemos el Modelo tradicional asistencialista. GALLEGO; GALLEGO (2007) expresan que a lo largo de la historia, las personas con discapacidad han sido excluidas, rechazadas y marginadas por la sociedad. Realizando una revisión histórica, los espartanos lanzaban a los niños que eran débiles o malformados a un acantilado en Taigeto aproximadamente en los siglos X y XI. Se creía que las personas estarían en el mundo al servicio de fuerzas sobrenaturales y la condición de discapacidad estaba relacionada a una fuerza superior. Cuando nacía un niño con discapacidad, este era sacrificado o abandonado, muriendo por falta de alimento y cuidados o por el ataque de animales feroces. De esta manera el propio grupo social se encargaba de una especie de selección natural. Este pensamiento estaba presente en las civilizaciones griegas y espartanas (Fonseca, 1995 citado por OLIVEIRA, 2006).

En el siglo XVIII por la institucionalización de “dejar vivir” a los individuos con discapacidad se les daban orientaciones asistenciales y un tratamiento más humano.

Se creaban lugares alejados donde se internaban a las personas con discapacidad, con una visión asistencialista más que educativa. De esta manera, se separaba, se discriminaba y segregaban a las personas con discapacidad, “son enfermos, son distintos, son extraños, no son como nosotros” (GALLEGO; GALLEGO, 2007, p. 83).

El Modelo rehabilitador, expresado por los mismos autores surge en el siglo XX y se caracteriza por admitir que la discapacidad se localiza en el individuo, en su deficiencia y en su falta de destreza es donde se sitúa básicamente el origen de sus dificultades. La discapacidad es atendida por un grupo médico quienes diseñan un proceso rehabilitador.

Se piensa que la persona con alguna discapacidad puede ser instruida en procesos donde prime la respuesta conductista (enseñanza-aprendizaje-estímulo-respuesta-premio).

Por eso no se habla de personas con discapacidad y es así que en 1974 surge en el Reino Unido el concepto de personas con necesidades educativas especiales.

Por último, presentaremos el Modelo de autonomía individual el cual se sitúa en EE.UU. a comienzos de los '60. Se insiste en la igualdad de oportunidades, se busca

avanzar en el aprendizaje autónomo para bien de sí mismo y el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Para alcanzar este modelo se debe realizar un profundo cambio de perspectiva en el entorno social, que conlleve a la eliminación de barreras mentales, prejuicios e ideologías (JUAN; HERNANDO GALLEGO, 2007).

Para comprender el modelo mencionado anteriormente debemos incorporar el concepto de Equiparación de oportunidades, el mismo refiere al proceso mediante el cual, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo, se hacen accesibles para todos. Las medidas de equiparación de oportunidades inciden sobre las condiciones del entorno físico y social, eliminando barreras y buscando la efectiva participación de las personas con discapacidad, creando oportunidades para su desarrollo biopsicosocial y personal y promoviendo la solidaridad comunitaria (MESEGUER, 2001).

2.1.5 Del Modelo Médico al Modelo Social

Según PAPPOUS (2007) a lo largo de la historia se ha progresado del modelo médico al modelo social de la discapacidad. El Modelo Médico extendido desde principios del siglo XX, ponía el acento en la anormalidad corporal, en la dimensión clínica, en el desorden y grado de discapacidad provocado por la deficiencia. Se ponía énfasis en la deficiencia de la persona lo que producía la invalidación generalizada. Este modelo fue criticado pues juega un papel muy importante en las perturbaciones de representaciones negativas sobre la discapacidad. Este paradigma “ha hegemonizado un campo de consideración de los a los cuerpos discapacitados, disgregando un supuesto conocimiento diferenciado de lo normal, reduciendo estos cuerpos desde un abordaje con andamiaje exclusivamente terapéutico, trasladándose esta consideración, a distintos modos de realización de prácticas” (SOSA, 2007, p. 97).

Además, los seres humanos dependen mutuamente unos de los otros por su propia naturaleza, la naturaleza humana es social no porque vive en grupos sino que necesita de la sociedad para ir formándose en un ser humano con inteligencia, personalidad y consciencia (SACRISTÁN, 2002). Con dicho modelo la persona se encuentra alejada, marginada y si tenemos en cuenta el concepto de salud propuesto por la OMS (1947) donde considera a la misma como “estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias”, la persona no gozaría de este concepto de salud ya que no sólo no tendría un bienestar físico, sino que también comprometería el bienestar social. El bienestar según la OMS (1947) es un término general que engloba todo el universo de

dominio de la vida humana, incluyendo los aspectos físicos, mentales y sociales que componen lo que se considera tener una buena vida.

Podemos definir la salud haciendo referencia al paradigma ecológico y sistémico. Ecológico porque la salud es un proceso consistente en estar en armonía con nosotros mismos y con nuestro mundo. Es sistémico porque todos los componentes actúan de manera coordinada con una intencionalidad común: la tendencia innata hacia el bienestar (PÉREZ; DEVIS, 2007).

Por otro lado PAPPOUS (2007) expresa que el Modelo Social considera una serie de factores sociales y materiales como son la educación, el transporte, los recursos económicos, la vivienda, las circunstancias familiares, etc. Es decir, este enfoque le da importancia a los factores externos ya que los mismos condicionan la autonomía y limitan las oportunidades de las personas con discapacidad para participar en la sociedad. En este sentido, PAPPOUS (2007, p. 51) afirma que la sociedad “discapacita a las personas discapacitadas”.

Podemos resumir las características de ambos modelos en el cuadro 1.

Modelo Médico	Modelo Social
Teoría de la tragedia personal	Teoría de la opresión social
Problema individual	Problema social
Tratamiento individual	Acción social
Medicalización	Autoayuda
Dominación profesional	Responsabilidad individual y colectiva
Identidad individual	Identidad colectiva
Prejuicios	Discriminación
Cuidados	Derechos
Control	Opción
Auto-regulación individual	Cambio social

Cuadro 1: Características del Modelo médico y el social

Fuente: PAPPOUS (2007, p. 51).

Por último y con relación al contexto social, VYGOTSKI, (1997, p. 367) expresa que “el ambiente no solo es una condición para el desarrollo del niño, sino también la fuente de ese desarrollo. Desde los primeros días de su existencia, el niño se halla en interacción con el medio social que lo rodea y bajo su influencia, siendo el ambiente el que determina su

desarrollo y es como si lo guiara. No obstante, el componente hereditario, por pequeño que fuere, participa también en la formación de las funciones psíquicas por superiores”.

2.2. PARÁLISIS CEREBRAL

2.2.1 Conceptualización

El término Parálisis Cerebral está formado por dos palabras: Cerebral que hace referencia al cerebro (formado dos mitades o hemisferios del cerebro), y el término Parálisis que hace referencia a la pérdida o deterioro de la función motora (NELSON et al, 2004).

En el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (2007) se utiliza el término Parálisis Cerebral para referirse a un número de trastornos neurológicos que aparecen en la infancia o en la niñez temprana y que afectan permanentemente el movimiento del cuerpo y la coordinación de los músculos pero que no evolucionan, en otras palabras, no empeoran con el tiempo.

Aún cuando la Parálisis Cerebral afecta el movimiento muscular, no está causada por problemas en los músculos o los nervios, sino por anomalías dentro del cerebro que interrumpen la capacidad del mismo de controlar el movimiento y la postura.

En algunos casos de Parálisis Cerebral, la corteza motora cerebral no se ha desarrollado normalmente durante el crecimiento fetal. En otros, el daño es el resultado de una lesión cerebral antes, durante o después del nacimiento. En cualquier caso, el daño no es reparable y las incapacidades resultantes son permanentes.

Según NELSON et al (2004) la Parálisis Cerebral es un término diagnóstico que se utiliza para describir un grupo de síndromes motores secundarios a alteraciones precoces del desarrollo cerebral.

El autor agrega que el término Parálisis Cerebral se aplica a un conjunto de trastornos no progresivos que se manifiestan por anomalías del movimiento y la postura, y que dependen de una lesión del sistema nervioso central (SNC) sufrida durante el período temprano del desarrollo cerebral. Dado que la lesión es de origen central, la afección motora suele ocurrir con otros deterioros del SNC, que pueden ser cognoscitivos, sensoriales o de comunicación.

La PC no es progresiva, lo que significa que no se agravará cuando el sea niño mayor, pero algunos problemas se pueden hacer más evidentes (NELSON et al., 1994).

Siguiendo con la misma línea BOBATH (1987, p. 33), explica que Parálisis Cerebral es el “...término usado para designar un grupo de desórdenes motores, no progresivos, por

lo tanto sujetas a cambios, resultado de una lesión en el cerebro en los primeros estadios de su desenvolvimiento” Se denomina trastorno, al conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que pueden aparecer en una persona, en diferentes dimensiones de la personalidad. Nunca es un síntoma aislado, sino que es una configuración patológica que puede aparecer en un cuadro determinado de entidades clínicas (WEISSBERG, 2004).

De esta manera los autores citados, entienden la Parálisis Cerebral como una secuela de una afección encefálica que se caracteriza primordialmente por un trastorno persistente, pero no invariable, del tono, la postura y el movimiento, siendo que dicha lesión puede ocurrir antes, durante o luego del nacimiento. No sólo es directamente secundario a esta lesión no evolutiva del encéfalo, sino que se debe también a la influencia que dicha lesión ejerce en la maduración neurológica. Tal lesión afecta al encéfalo en vías de desarrollo y los movimientos del niño no se efectúan con normalidad.

2.2.2 Historia

LITTLE (1860) escribió las primeras descripciones médicas de un trastorno extraño que atacaba a los niños en los primeros años de la vida, causando músculos espásticos y rígidos en las piernas y en menor grado, en los brazos. Estos niños tenían dificultad para tomar objetos, gatear y caminar. A diferencia de la mayoría de las otras “patologías” que afectan al cerebro, ésta no empeoraba a medida que los niños crecían. En cambio, sus incapacidades permanecían relativamente igual.

El trastorno, que fue llamado enfermedad de Little durante muchos años, ahora se conoce como diplegia espástica; es uno de un conjunto de trastornos que afectan el control del movimiento y se agrupa bajo el término unificador de "Parálisis Cerebral".

Debido a que parecía que muchos de los pacientes de Little habían nacido a continuación de partos prematuros y complicados, el médico sugirió que diplegia espástica era el resultado de la privación de oxígeno durante el nacimiento, lo que dañó tejidos cerebrales sensibles que controlan el movimiento. FREUD (1897), no estuvo de acuerdo, haciendo notar que los niños con Parálisis Cerebral a menudo tenían otros problemas neurológicos como retraso mental, trastornos visuales y convulsiones, sugiriendo entonces que el trastorno podía tener raíces más tempranas en la vida, durante el desarrollo del cerebro en el útero. "...los nacimientos difíciles, en ciertos casos, son solamente un síntoma de efectos más profundos que influyen sobre el desarrollo del feto" (FREUD, 1987, p. 84).

A pesar de la observación de FREUD, durante muchas décadas la creencia de que las complicaciones del parto causaban la mayoría de los casos de Parálisis Cerebral fue general entre los médicos, las familias y aún entre los investigadores médicos. En la década

de los '80, sin embargo, los científicos subvencionados por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS) analizaron datos extensos de más de 35.000 recién nacidos y sus madres, y descubrieron que las complicaciones durante el nacimiento y el trabajo de parto justificaban sólo una fracción de los bebés nacidos con Parálisis Cerebral - probablemente menos del 10%. En la mayoría de los casos, no pudieron encontrar una causa única y obvia (NELSON et al, 2004).

Este hallazgo desafió la teoría médica aceptada sobre la causa de la Parálisis Cerebral. También estimuló a los investigadores a buscar otros factores antes, durante y después del nacimiento que estuvieran asociados con el trastorno.

Los avances en la tecnología por imágenes, como las imágenes por resonancia magnética (IRM), les han dado a los investigadores una manera de mirar dentro de los cerebros de los bebés y los niños con Parálisis Cerebral y de descubrir malformaciones estructurales únicas y áreas de daño. Los estudios de ciencias básicas han identificado mutaciones y supresiones genéticas asociadas con el desarrollo anormal del cerebro fetal. Estos descubrimientos ofrecen pistas provocativas acerca de lo que puede ir mal durante el desarrollo cerebral para causar las anomalías que llevan a la Parálisis Cerebral (Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares, 2007).

2.2.3 Incidencia

NELSON et al (2004) destacan que la Parálisis Cerebral (PC) es la forma más frecuente y costosa de discapacidad crónica motora de inicio en la infancia, con una prevalencia de 2/1000 nacidos.

Según NELSON et al. (2004) el Collaborative Perinatal Project realizó varios estudios donde se controlaron rigurosamente unos 45.000 niños desde la gestación hasta los 7 años de edad, los niños que nacieron con PC había nacido al término de partos no complicados. El 80% de los casos se identificaron a características que señalaban factores pre-natales como causas de la alteración del desarrollo cerebral. Un número considerable de niños que tenían PC tenían anomalías congénitas asociadas que no afectan el sistema nervioso central (SNC). Menos del 10% de los niños con PC tenían evidencia de asfixia intraparto. Por otra parte, la exposición intrauterina a infecciones maternas se asocia también a un aumento del riesgo de PC en lactantes del peso normal al nacer (NELSON et al, 2004).

La incidencia de la Parálisis Cerebral en países desarrollados es de aproximadamente 2-2,5 por cada 1.000 nacimientos. Esta incidencia no ha bajado en los últimos 60 años a pesar de los avances médicos (NELSON et al, 2004).

2.2.4 Disturbios asociados

Las manifestaciones motoras constituyen la principal característica clínica de la Parálisis Cerebral. Pero pueden coexistir con otras manifestaciones, tales como: epilepsia, deficiencia mental, deficiencia visual, dificultad de aprendizaje, entre otras. Lo que define el trastorno es la vulnerabilidad selectiva de los sistemas motores cerebrales. Muchos niños como adultos que tienen PC poseen un nivel educacional y vocacional adecuado, sin presentar signos de disfunción cognitiva (NELSON et al, 2004).

Epilepsia y Convulsiones: Cerca del 30% de las personas con PC tienen crisis epilépticas, que pueden ser convulsivas o no (CAMPEAO, 1995). La mitad de todos los niños con Parálisis Cerebral tienen convulsiones. Durante una convulsión, el modo normal y ordenado de la actividad eléctrica en el cerebro se interrumpe por estallidos incontrolables de electricidad. En la persona con Parálisis Cerebral y epilepsia, esta interrupción puede difundirse a través de todo el cerebro causando síntomas variables por todas las partes del cuerpo o puede ser limitada a una sola parte del cerebro y causar síntomas más específicos como convulsiones parciales. Por lo general, estas convulsiones pueden generar que los niños griten y son seguidas por pérdida de la conciencia, sacudidas de las piernas y los brazos, movimientos corpóreos convulsivos y pérdida del control de la vejiga. Las convulsiones parciales se clasifican como simples o complejas. En el caso de convulsiones parciales simples, el individuo exhibe síntomas localizados como sacudidas musculares, entumecimiento u hormigueo. En el caso de las convulsiones parciales complejas, el individuo puede alucinar, tambalear o hacer movimientos automáticos y sin propósito, o manifestar una conciencia limitada o confusión.

Compromiso cognitivo: Aproximadamente 1/3 de los niños con Parálisis Cerebral tienen una limitación intelectual leve, 1/3 presenta discapacidad intelectual moderada o grave y el 1/3 restante es intelectualmente "normal".

Podemos encontrar limitaciones intelectuales con diversas modalidades de comportamiento, esto no significa que los niños que tengan PC no consigan aprender.

Frecuentemente se asume que aquellas personas que no pueden controlar muy bien sus movimientos, o no pueden hablar adecuadamente, tienen compromiso cognitivo. Hay niños que tienen dificultad para aprender ciertas tareas, como leer, dibujar o realizar operaciones matemáticas, porque una parte de su cerebro está afectada. Si el problema es desproporcionado con relación a la inteligencia general del niño se le llama dificultad específica del aprendizaje (CAMPEAO, 1995).

Problemas de crecimiento: El síndrome llamado "failure to thrive" en inglés, o fracaso de medrar, es común en niños con Parálisis Cerebral de moderada a grave. Fracaso de medrar es el término general usado por los médicos para describir a los niños que muestran falta de crecimiento o desarrollo a pesar de recibir suficiente alimento. En los bebés este retraso se manifiesta en peso bajo y en los jóvenes puede presentarse en una combinación de estatura baja y falta de desarrollo sexual. Es probable que el fracaso de medrar tenga muchas causas, incluyendo en particular, mala nutrición y daño a los centros cerebrales que controlan el crecimiento y el desarrollo.

Asimismo, los músculos y las extremidades afectadas por la Parálisis Cerebral tienden a ser más pequeñas que los normales.

Visión: Un gran número de niños con Parálisis Cerebral tiene estrabismo (CAMPEAO, 1995), una condición en la cual los ojos no están alineados debido a diferencias en los músculos del ojo izquierdo y el derecho. En un adulto, esta condición causa doble visión, sin embargo, el cerebro de los niños a menudo se adapta a la condición ignorando las señales del ojo desalineado. Algunos niños con PC no pueden percibir el espacio y relacionarlo con su propio cuerpo (no pueden evaluar las distancias) o pensar en términos espaciales (visualizar una construcción tridimensional) ya que ello requiere la función coordinada de ambos ojos. Esto se debe a una lesión cerebral y no está relacionado con la inteligencia.

Audición: El deterioro del oído también es más frecuente entre aquellos con Parálisis Cerebral que en la población general (CAMPEAO, 1995).

Sensibilidad y percepción anormales: Algunos niños con Parálisis Cerebral tienen deficiencias en la habilidad para sentir sensaciones simples como las del tacto o el dolor. También pueden tener dificultades en percibir o identificar objetos usando el sentido del tacto.

Lenguaje: El lenguaje depende de una buena respiración y de la habilidad de controlar los pequeños músculos de la boca, lengua, paladar y laringe. Las dificultades del lenguaje, las de masticar y tragar frecuentemente van de la mano en los niños con PC (CAMPEAO, 1995)

Problemas de deglución: El control inadecuado de los músculos de la garganta, la boca y la lengua conducen a veces al problema de babeo. El babear puede causar irritación grave de la piel, además de ser socialmente inaceptable, así como conducir al aislamiento

de los niños afectados. Las dificultades de comer y tragar también pueden causar desnutrición. La desnutrición a su vez puede hacer al individuo más vulnerable a las infecciones y puede causar o empeorar el retraso en el crecimiento y desarrollo (NELSON et al, 2004).

Otras dificultades: Tendencia al estreñimiento, dificultad para controlar la temperatura corporal, dificultad para subir de peso, problemas de conducta, problemas para dormir. A esto se le agrega la incontinencia, causada por la falta control de los músculos que mantienen la vejiga cerrada. La incontinencia se puede presentar como micción involuntaria después de acostarse (enuresis), micción descontrolada durante actividades físicas (incontinencia del stress), o un goteo lento de la orina de la vejiga (NELSON et al, 2004).

Por último, quiero reiterar que las manifestaciones motoras constituyen la principal característica clínica de la PC., y no siempre coexisten junto a otros disturbios de los descritos anteriormente.

2.2.5 Causas

EICHER et al. (1993) al igual que NELSON et al. (2004), clasifican las causas de la Parálisis Cerebral de acuerdo a la etapa en que ha ocurrido el daño cerebral. De esta manera, las causas se subdividen en prenatales (antes del nacimiento), perinatales (al momento del nacimiento) o postnatales (después del nacimiento).

Además, es necesario tener presente que cuanto más precozmente el cerebro es dañado, mayores serán los perjuicios estructurales y funcionales del SNC.

Causas prenatales:

- Infecciones congénitas: toxoplasmosis congénita (TC); rubeola; citomegalovirus (CMV); herpes simple; sífilis. EICHER et al. (1993) y NELSON et al. (2004) expresan que los factores infecciosos merecen ser tratados con mucha seriedad por las posibilidades terapéuticas y profilácticas que admiten.
- Hipoxemia: anemias de la embarazada; circulación del cordón umbilical; desprendimiento de placenta; hemorragias uterinas durante la gestación; eclampsia; hipotensión.
- Disturbios metabólicos: Diabetes Mellitus; anomalías tiroideas; desnutrición calórica-proteica y carencia vitamínica de la embarazada.
- Trastornos tóxicos: talidomida (medicamento con acción teratogénica comprobada); la exposición a los rayos X.

- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Recién nacido prematuro.
- Otras causas: incompatibilidad entre la sangre de la madre y del feto (conflicto RH); malformaciones del sistema nervioso; hipertiroidismo; compromiso cognitivo o epilepsia maternos.

Causas perinatales:

- Hemorragias intracraneanas
- Anoxia (debido a partos prolongados)
- Traumas cráneo-encefálicos
- Ictericia grave del recién nacido
- Asfixia por circulares de cordón umbilical al cuello
- Introducción de líquido amniótico en las vías respiratorias
- Partos múltiples
- Hipoxia

Causas postnatales:

- Meningoencefalitis bacterianas
- Encefalopatías desmielinizantes postinfecciosas
- Traumatismos cráneo-encefálicos
- Accidentes de tránsito
- Lesiones por ahogamiento
- Accidentes vasculares
- Intoxicaciones
- Epilepsia (convulsiones)

Factores de riesgo asociados a la Parálisis Cerebral:

- Historia materna de abortos espontáneos previos
- Ciclos menstruales largos e irregulares
- Gestante añosa (40 años) o demasiado joven
- Drogodependencia de la embarazada

2.2.6 Clasificación

GOMES et al. (1995) clasifican la PC en cuatro categorías amplias, dependiendo del tipo de alteración del movimiento que presente la persona: espástica, atetósica, atáxica y mixta.

A diferencia de GOMES et al. (1995) para VOLPON (1997), la PC se refiere principalmente a un disturbio motor de la musculatura voluntaria y se puede clasificar en: espástica, discinética, atáxica y mixta. Este mismo sistema de clasificación es el que utiliza EICHER et al. (1993).

En suma, los tres síndromes motores: Piramidal, Extrapiramidal y Cerebeloso, representan un trastorno en el SNC y son los determinantes de un tipo u otro Parálisis Cerebral.

Se habla de Parálisis Cerebral Espástica cuando la lesión se produce principalmente en la corteza cerebral, en las áreas motoras. Comprende anomalías de la vía piramidal, que se manifiestan por “reflejos tendinosos aumentados e incremento del tono, con una rigidez llamada en navaja de muelle” (EICHER et al. 1993; p. 572). La persona con espasticidad muestra hipertonía de carácter permanente, mismo en reposo. Como la espasticidad predomina en algunos grupos musculares y no en otros, el surgimiento de deformidades articulares es común en este tipo de Parálisis Cerebral. Así la espasticidad interfiere en la evolución motora, perjudicando la postura, limitando la independencia en las actividades de la vida diaria y dificultando la marcha.

Muchos niños con espasticidad son temerosos e inseguros, frecuentemente permanecen inmaduros y dependientes, apegándose a su madre. Muchas veces el niño más comprometido no puede expresarse a través del habla, gestos o movimientos, por lo tanto, tiende a protegerse de las alteraciones y asumir una actitud pasiva no reaccionando a los estímulos del ambiente. Por otro lado, la fatigabilidad, la ausencia del control motor, la falta de destreza y, en algunos casos la disminución de la sensibilidad y el alto grado de frustración son factores que contribuyen a la discapacidad. La incidencia de este tipo de PC es en torno al 75% (Asociación Brasileira de Parálisis Cerebral, 1998).

Cuando la lesión ocurre en los núcleos basales se habla de Parálisis Cerebral Atetósica y ocurre en el 18%. La misma se caracteriza por movimientos involuntarios, lentos, serpenteantes que paralizan el movimiento voluntario y están presentes en las extremidades, tronco y cuello. Esos movimientos pueden comprometer los músculos faríngeo-laríngeos, produciendo trastornos de la deglución y de la palabra. El lenguaje puede ser difícil de entender porque tienen dificultad para controlar la lengua, la respiración y las cuerdas vocales. Los factores emocionales tienen un papel fundamental en la

manifestación de los movimientos y se alteran en el día a día y en períodos diferentes del día. En este tipo de Parálisis Cerebral las deformaciones en general no ocurren o son más raras.

Si la lesión se da a nivel del cerebelo se habla de Parálisis Cerebral Atáxica y se manifiesta en el 2%. Esta es la forma más rara de PC y lo más común es la incoordinación general y los disturbios del equilibrio estático y dinámico. Los que presentan este tipo de PC presentan una postura inadecuada y un ajuste del mismo más lento, esto dificulta la marcha. Presentan un tono muscular hipotónico, pudiendo variar y presentar hipermovilidad articular, pueden presentar disimetría¹ y tremor².

La lesión de las células del área cerebelosa provoca la alteración de la coordinación de los movimientos voluntarios y da lugar a la aparición de hipermetría³, asinergia⁴, discronometría⁵ y adiadococinesia⁶. También provoca imprecisión en la velocidad, fuerza y distancia en los movimientos (REBOLLO, 2003).

Cuando las lesiones dañan a más de un área del cerebro se habla de Parálisis Cerebral de tipo mixto. El área motora piramidal o neurona motriz superior, se localiza sobre la circunvolución precentral (anterior a la cisura de rolando) o región de la movilidad voluntaria. La lesión de las neuronas motrices superiores afecta a los movimientos voluntarios, y por consiguiente, al habla, originando anomalías de la función muscular: espasticidad, debilidad, limitación de alcance y lentitud de movimientos. El área motora extrapiramidal está determinada por los centros motores subcorticales controlados por el córtex a nivel de grupo de núcleos (ganglios basales y masas nucleares conexas). La lesión

¹Ejecución de los movimientos, sin medida en el tiempo ni en el espacio, con excesiva brusquedad, rapidez o amplitud, etc. (REBOLLO, 2003).

² Tremor, consiste en una serie de movimientos musculares involuntarios de poca amplitud, generalmente permanentes y rítmicos, rápidos, y oscilatorios, que se producen en ciertas partes del cuerpo (REBOLLO, 2003).

³ Trastorno de la motilidad caracterizada por el hecho de que el movimiento es desmesurado y sobrepasa la finalidad; difiere de la ataxia en que se conserva la dirección general del movimiento; es un signo de lesión cerebelosa (REBOLLO, 2003).

⁴ La asinergia consiste en la pérdida o la disminución de la facultad de cumplir simultáneamente los diversos movimientos que constituyen un acto.

⁵ Trastorno de la motilidad que afecta a la velocidad y duración de los movimientos, su puesta en marcha y su detención (REBOLLO, 2003).

⁶ La adiadococinesia es la pérdida de la facultad de ejecutar en forma rápida, movimientos contrarios sucesivos (REBOLLO, 2003).

de las neuronas del área extrapiramidal afecta a los movimientos involuntarios, incoordinados e impulsivos, así como al control de la automaticidad de la marcha y la carrera. (REBOLLO et al, 1988).

Otra forma de clasificación de la PC es según el área topográfica, es decir según la extensión del daño.

La PC la podemos dividir según el área topográfica asociada en: monoplejía, hemiplejía, paraplejía, triplejía, cuadriplejía, diplejía, hemiplejía dupla y compromiso de todo el cuerpo. La clasificación con el sufijo "plejía" significa ausencia de movimiento, cuando hay algún tipo de movilidad se utiliza el sufijo "paresia" (BOBATH; BOBATH, 1989). De acuerdo a EICHER et al. (1993) las diversas causas pueden sugerir el patrón topográfico" de la Parálisis Cerebral.

Se dice que la persona tiene hemiplejía cuando solamente uno de los lados del cuerpo está comprometido. El miembro superior generalmente está más afectado que el inferior. De la población con PC, el 21% de la misma manifiesta este tipo. Si el cuerpo esta todo afectado, pero la mitad inferior está más afectada que la superior se habla de diplejía, en este caso la población en estas condiciones alcanza a cifras estadísticas de un 21%.

Si la lesión cerebral compromete las cuatro extremidades se habla de cuadriplejía, y el porcentaje alcanza el 27%. Si se involucra solamente a los miembros inferiores se trata de paraplejía, a diferencia de la monoplejía que es un único miembro, ya sea superior o inferior afectado. Si el compromiso es de tres de las cuatro extremidades se habla de triplejía con un menor porcentaje.

Según Sage (1994) citado por RUBINSTEIN (2002), en cuanto a la severidad del daño se puede hablar de leve, moderada o grave. Cuando la Parálisis Cerebral es leve la persona es capaz de caminar de manera independiente en la vida diaria, constituyendo el 25% de los casos.

En la Parálisis Cerebral Moderada las personas necesitan de la ayuda para caminar y para las actividades de la vida diaria. Además, tienen dificultades para hablar y otros disturbios asociados y constituyen el 50% del total.

Se habla de severidad grave, cuando las personas con Parálisis Cerebral no pueden valerse por sí solos.

Actualmente se habla de multidéficit cuando los niños tienen una Parálisis Cerebral severa con muchos disturbios asociados (NELSON et al, 2004).

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. PARADIGMA

Basándome en el concepto de Kuhn (1990) citado por LORENZO (1996, p. 12), un paradigma “es un conjunto de suposiciones interrelacionadas respecto al mundo social que proporciona un marco filosófico para el estudio organizado de este mundo”. “...los paradigmas son realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”.

El paradigma elegido para sustentar esta investigación es el interpretativo, el cual no concibe al mundo como una fuerza exterior, sino como múltiples realidades. Dicho modelo busca comprender e interpretar un fenómeno en determinado contexto. Es entonces que se elige este paradigma, ya que la finalidad de la investigación es establecer y analizar las distintas propuestas implementadas por los docentes que trabajan con niños con Parálisis Cerebral.

3.2. MODELO DE INVESTIGACIÓN

El modelo de investigación es el cualitativo, dado que tiene un fundamento humanista para entender la realidad social. Dicho modelo según COOK, REICHARDT (2000 p. 62), busca “percibir la vida social como la creatividad compartida de los individuos. El hecho de que sea compartida determina una realidad percibida como objetiva, viva y cognoscible para todos los participantes en la interacción social. Además, el mundo social no es fijo ni estático sino cambiante, mutable, dinámico”.

El investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva holística, sin ser reducidas a variables, sino consideradas como un todo, siempre dentro del marco de referencia al que pertenecen (TAYLOR; BOGDAN, 1998). De acuerdo a los mismos autores, en estas investigaciones los conceptos se desarrollan partiendo de los datos, y no recolectando datos para evaluar hipótesis previas.

Los autores expresan que dentro de estas investigaciones, las relaciones entre informantes e investigadores, se dan de un modo normal. Por otro lado sostienen que “los investigadores cualitativos se identifican con las personas que estudian para poder comprender como ven las cosas” (TAYLOR; BOGDAN, 1998; p. 20). A este tipo de investigaciones, se las denomina inductivas, le interesa ante todo observar, escuchar y comprender, por lo que el nivel de realidad que debe ser conocido es subjetivo, ya que para comprender un comportamiento es necesario conocer todo y manejar las interrelaciones,

favorece la comprensión más que la explicación; por ello, la perspectiva interpretativa se utiliza para desarrollar el conocimiento en forma inductiva y se asume que los significados obtenidos son diversos. COOK; RICHARDT (2000), expresan que los investigadores cualitativos no suelen trabajar con valores numéricos, sino que prefieren registrar los datos con las palabras. Plantean que existe un intercambio constante entre teoría, conceptos y los datos obtenidos.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación es el exploratorio. El nivel exploratorio, según SABINO (1986, p. 50), "...pretende darnos una visión general, de tipo aproximativo, respecto a una determinada realidad. Este nivel de investigación se realiza especialmente cuando el tema elegido ha sido poco explorado y reconocido y cuando aún, sobre él, es difícil formular hipótesis precisas o de cierta generalidad...".

3.4. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de mi investigación está formado por los docentes de Educación Física que desarrollan sus actividades en instituciones de la ciudad de Montevideo que se dedican a niños con Parálisis Cerebral y otras discapacidades.

La muestra según SABINO (1986, p. 104) es una parte respecto al "todo constituido por el conjunto llamado universo". La muestra seleccionada para esta investigación está conformada por 8 docentes de 5 instituciones de Montevideo que se caracterizan por el trabajo con niños con Parálisis Cerebral.

Esta muestra es no probabilística e intencional; "escoge sus unidades no en forma fortuita sino completamente arbitraria, designando a cada unidad según características que para el investigador resulten de relevancia" (SABINO, 1986, p. 106).

Es importante resaltar que para lograr llegar a la muestra fue de gran importancia la ayuda de un referente calificado. Para ello se solicitó la colaboración de una docente vinculada desde hace varios años al área de la discapacidad que sugería las instituciones que trabajan con niños con Parálisis Cerebral.

Cinco fueron las instituciones elegidas para la investigación y a cada una de ellas le asigné un número (1-2-3-4-5).

La Institución 1 es una Secretaría de la Intendencia Municipal de Montevideo en la que trabajan profesores de Educación Física de la propia institución en espacios de centros privados ubicados en predios cedidos por el organismo municipal con los que tiene

convenio. El servicio que ofrece incluye actividades en gimnasio y piscina y las clases se llevan adelante con una frecuencia de 2 veces por semana. De esta institución participaron 3 profesores de Educación Física.

La institución 2 es una escuela pública que depende de la Administración Nacional de Educación Pública. De esta escuela participaron 2 docentes. Es una escuela amplia, con varios salones, 3 baños, un patio exterior, una cocina, un salón de multi-actividad donde hay diversos materiales desde Medicine Ball, caminadores, etc. La Educación Física es llevada adelante por un Profesor de Educación Física 2 veces por semana.

La tercera institución es privada, desempeña su actividad en una casa la cual fue acondicionada para realizar diversos talleres y actividades entre los que se destacan, cocina, música, expresión plástica, área de pedagogía, área de fonoaudiología, área psicológica, área de fisioterapia, área psicomotriz, entre otras. La clase de Educación Física se desarrolla con una frecuencia de 2 veces por semana en un gimnasio público, a cargo de un Profesor de Educación Física. Dicho gimnasio es amplio y cuenta con gran diversidad de materiales que ayudan al quehacer educativo. La institución propende a la atención del aprendizaje en la diversidad, buscando abordar en forma integral y personalizada las diferentes alteraciones y patologías de diversa entidad que frecuentemente llegan a la consulta.

La cuarta institución considerada es una asociación de padres de índole privada. La misma funciona en una casa reciclada y modificada de acuerdo a las necesidades de las personas que son asistidas en esa institución. La actividad física se desarrolla en un club privado que se encuentra en las proximidades del centro educativo, una vez por semana. En dicho club trabajan tanto en piscina como en gimnasio, además se trata de fortalecer el trabajo de las maestras apuntando a la autonomía en el vestuario dentro de las posibilidades de los alumnos. De esta institución fue sujeto de estudio el profesor de Educación Física de la institución.

Por último, la institución número cinco estudiada en la presente investigación, es un colegio privado. Este centro educativo cuenta con un local central antiguo y varios anexos. La actividad física se lleva a cabo en un pequeño gimnasio propiedad de dicha institución, a cargo de una Profesora de Educación Física con una frecuencia de 2 veces por semana. Sus principales objetivos son de los de cualquier organismo de enseñanza común, habilitado por el organismo rector principal. Elegí dicha institución para mi investigación ya que la clase tiene como característica el contar con un alumno con PC y el resto sin discapacidades.

A modo de resumen se expone el cuadro 1 que muestra las principales características de las instituciones elegidas para el estudio.

Inst..	Características	Actividades de Educación Física	Frecuencia semanal
1	Organismo público	Gimnasia y piscina	2
2	Escuela pública	Gimnasia. Actividades recreativas	2
3	Institución privada	Gimnasia y piscina	2
4	Asociación de Padres - Privada	Gimnasia y piscina	1
5	Colegio privado	Gimnasia	2

CUADRO 1 - Características principales de las instituciones

3.5. INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Según SABINO (1986, p. 129) un instrumento de recolección de datos es “cualquier recurso de que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información”

Se utilizó como instrumentos de recolección de datos para la investigación la observación y la entrevista.

La observación “consiste en estructurar el instrumento capaz de recopilar o producir la información que prescriben los indicadores”. (QUIVY; CAMPENHOUNDT, 1992, p. 156). A su vez SABINO (1986, p. 132), explica la misma como “...el uso sistemático de nuestros sentidos, en búsqueda de datos que necesitamos para resolver un problema de investigación...”.

Podemos hablar básicamente de dos tipos de observación, la directa, y la indirecta.

En esta investigación se utilizó la observación directa, entendiendo a la misma como la que el investigador procede a la recopilación de información, “sin dirigirse a los sujetos involucrados, recurre directamente a su sentido de la observación” (QUIVY; CAMPENHOUNDT, 1992, p. 156).

Los mismos autores afirman que en este tipo de observación los “sujetos observados no intervienen en la producción de la información investigadas, esta se manifiesta y se toma directamente de ellos por el observador” (QUIVY; CAMPENHOUNDT, 1992, p. 157). Para realizar las observaciones se utilizaron pautas de observación, encontrándose en el anexo 1.

También se utilizaron como forma de recolección de datos la entrevista semi estructurada; la misma es un relato de historias diversas que nos acerca a la vida de otros, sus creencias, su filosofía personal, sus sentimientos y sus miedos. En la entrevista semi-estructurada se determina de antemano un tema o foco de interés, hacia el que se orienta la conversación y mediante el cual se ha seleccionado a la persona objeto de la entrevista.

Según NEGRINE (1999), no hay una estructura formal, las preguntas y respuestas tienen cierto grado de libertad. Mientras que SABINO (1986), las identifica como entrevistas no estructuradas por pautas, siguiendo una lista de puntos de interés guardando relación entre sí. El investigador deja hablar, pero cuando el entrevistado se aparta del tema trata de volverlo al mismo. Las pautas de las entrevistas realizadas a los docentes se encuentran en el anexo 2.

3.6. ESTUDIO PILOTO

El estudio piloto se realizó antes de comenzar la investigación. Consistió en realizar una prueba previa al estudio principal. Se intentó evaluar si los instrumentos escogidos para la recolección de datos eran los correctos o eran necesarios mejorarlos para obtener buenos resultados de la investigación.

En este sentido, luego de realizar la entrevista por primera vez percatamos que una de las preguntas debería ser modificada ya que como había sido formulada en una primera instancia no permitía que los docentes desarrollaran su respuesta. Por tal motivo se modificó dando opción a una respuesta más abierta.

4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

A partir de las entrevistas y observaciones realizadas a los profesores de Educación Física que trabajan en las distintas instituciones de Montevideo con niños con Parálisis Cerebral se pudo extraer diferentes aportes y analizarlos a partir de las categorías de análisis que se exponen a continuación. Las mismas fueron construidas a partir del marco teórico y de los objetivos propuestos en esta investigación.

- Objetivos que buscan los profesores de Educación Física en las propuestas implementadas.
- Concepciones de discapacidad de los profesores de Educación Física.
- Paradigma que subyace en el trabajo de los profesores de Educación Física.
- Propuestas de trabajo implementadas por los profesores de Educación Física
- (Metodologías de trabajo).

Objetivos que buscan los profesores de Educación Física en las propuestas implementadas

Todos los docentes entrevistados tienen como objetivo principal el de mejorar el desarrollo global del niño.

Considerando al niño como un conjunto en todos sus aspectos (sueño, alimentación, respiración, contacto con el medio, recreación, etc.), se encuentran caminos facilitadores para la aparición o el mejoramiento de las distintas funciones; se incluyen modificaciones en posturas durante la alimentación, el descanso, el baño, el juego, entre otros. Las experiencias sensorio-motoras brindadas incluyen exposición selectiva a estímulos táctiles, vestibulares, propioceptivos, auditivos y visuales, facilitándose la autorregulación. Es la Educación Física, una de las disciplinas capaz de desarrollar esto y mucho más en el niño.

Los profesores entrevistados buscan que los alumnos interactúen entre ellos y con el medio para lograr una mejor integración, consideran que de esta forma se ayudará al niño a la búsqueda de su autonomía e independencia dentro de sus posibilidades.

Con relación a los objetivos un entrevistado expresó que *“Lo que se busca trabajando todas las discapacidades juntas es la autocolaboración, porque un visual ayuda un motriz y un motriz ayuda a un visual, de esta forma se logra mucho más la integración que muchas veces es uno de los grandes temas de la discapacidad, que están solos”*.

Además el mismo entrevistado agregó que *“...hemos visto que este tipo de trabajos heterogéneos en cuanto a la discapacidad nos ayuda muchísimo porque por ejemplo dentro del programa podemos tener personas ciegas, que son ayudadas en cuanto a la ubicación y orientación dentro del club por personas que no son ciegas pero que tienen Síndrome de Down o pueden tener una discapacidad motriz leve, entonces hay realmente una hiperrelación muy buena entre ellos”*.

Sin embargo este aspecto no fue apreciado en las clases observadas ya que se visualizó a los niños trabajando en el agua pero de forma separada, es decir por un lado estaba una niña con Parálisis Cerebral con su madre y el profesor y en el otro extremo de la piscina estaba el otro profesor con otros niños con otras discapacidades.

En este sentido se transcribe a continuación lo observado: *“en la clase había 2 docentes, 1 se dedicaba a los dos niños y el otro a la niña (...) El docente observa muy atentamente la actividad que realizan los niños y los corrige (...) La niña está en el agua con su madre y el docente, la madre recibe indicaciones del profesor”*

También comparten todos los docentes entrevistados el objetivo de la socialización ya que todos buscan que los alumnos se relacionen e integren siempre a través del juego, lo lúdico, los objetivos son siempre la recreación.

En una primera apreciación uno de los docentes plantea que *“yo atiendo a la recreación, a que la pasen bien, el gusto por el movimiento. Yo apunto a la parte de Educación Física que atiende el movimiento y a la parte lúdica y el gusto por moverte”*. Lo expresado no es indicado solo por dicho docente ya que otros también concuerdan con dicho objetivo.

“...los objetivos son siempre en el área de recreación (...) Porque (...) dadas las características de la población que vos tienes que mucha veces son muy carenciados, segregados de determinadas maneras, pasa por brindarle la posibilidad de que entren a un club, de que participen en un club, porque muchas veces si no es esta posibilidad no lo pueden hacer, entonces está orientado primero a brindarles la posibilidad, que tengan la vivencia...”

Esto último lo podemos relacionar con lo expresado por VYGOTSKI, (1997, p. 367) cuando el autor explica “el ambiente no solo es una condición para el desarrollo del niño,

sino también la fuente de ese desarrollo”. Sumando a esto, SACRISTÁN (2002) plantea que los seres humanos son por naturaleza seres sociales y por tal motivo dependen de unos y otros no solo para vivir en sociedad sino para formarse como tales (SACRISTÁN, 2002).

El objetivo recreacional fue observado en las distintas clases muy claramente, ya que uno u otro le dedica gran parte de su clase a lo lúdico, a lo recreativo al juego o dándole tiempo libre para que ellos se diviertan realizando actividades que les gusta. A continuación se describen brevemente aspectos observados en las clases.

“Culmina la clase con juegos recreativos”.

“Luego al final de la clase les da una pelota y les deja un rato para que jueguen”.

“Culmina la clase con libre realizando media cancha de pelota de fútbol y media cancha pelota de basketball”.

Otro aspecto expresado por los profesores con respecto a los objetivos es que los mismos deben ayudar a desarrollar las potencialidades de los alumnos. A continuación se exponen algunos pasajes de las entrevistas que ilustran lo expresado en este párrafo.

“hay que ayudarla a potenciar lo que tiene”.

“...nosotros no trabajamos específicamente con la discapacidad, sino con entre comillas la parte sana que tiene el niño, el potencial...”.

“...no se agrupan por discapacidad, si hay un criterio de potencialidades, es decir en una clase uno que camina, que ayuda, sino la maestra está un poco sola”.

Además, todos los entrevistados coinciden que es necesario enseñar hábitos de la vida cotidiana, como el bañarse, vestirse solos, etc., ya que los va a ayudar a la autonomía en algunas actividades.

“En el vestuario ayudamos buscando la autonomía”.

Esto es muy importante ya que la realización de actividades de la vida cotidiana ayuda a que los niños tengan la mayor autonomía posible generando mayor confianza y mejorando la autoestima, la autoconciencia, buscan la promoción de la comunicación verbal y no verbal en las distintas actividades, por ejemplo al utilizar las palmas o el silbato o poner límites con materiales como pueden ser conos o bastones.

Esto también se puede relacionar con el Modelo Social que considera una serie de factores sociales y materiales como son la educación, el transporte, los recursos

económicos, la vivienda, las circunstancias familiares, etc. Es decir este enfoque le da importancia a los factores externos ya que los mismos condicionan la autonomía y limitan las oportunidades de las personas con discapacidad para participar en la sociedad (PAPPOUS, 2007).

Con los niños con PC los docentes expresan que también tratan de trabajar la postura, la mejora de la espasticidad, la orientación, trabajan las nociones temporoespaciales, la derecha e izquierda, el arriba y abajo, en algunos casos trabajan lo rítmico.

“Si mi idea es trabajar la lateralidad utilizo pelotas, utilizo bastones, jugar con la pelota con la mano derecha, jugar con la pelota con la mano izquierda, primero preguntamos si se acuerdan cual es la derecha y cuál es la izquierda”.

“Muy variadas, básicamente son pocas actividades deportivas, con lo grandes estamos haciendo de a poco actividades deportivas, muchas actividades recreativas y con los chicos estimulación, cambio de ritmo, variar las posiciones, muchas canciones, canciones rítmicas”.

Dos de los docentes entrevistados trabajan la estimulación para los más pequeños, ya que consideran de vital importancia este aspecto como forma de adueñarse cada vez de un mayor número de experiencias.

Uno de ellos expresó: *“...darle mayor posibilidad de estímulo, estímulos que no tuvieron por su propia discapacidad, cuestión que ese niño pueda apropiarse de mayores experiencias”.*

Con los más grandes los dos entrevistados coinciden con el resto, en que es básicamente lo mismo que cualquier otra clase pero adaptado a las necesidades de los niños.

“Adaptación de juegos, una clase común adaptada a juegos”.

“... estamos basados en los programas generales de deporte y recreación, adaptado a los gurises...”.

“uno aprende todos los días y te gratifican cositas chiquitas”.

Sumado a los anteriores objetivos, los objetivos institucionales son entre otros el favorecer la elaboración de programas de desarrollo integral, donde se promuevan la

actividad física regular, la integración y la inclusión social, fortalecer el proceso de descentralización impulsando la participación organizada de los vecinos, a través de la educación física, el deporte y la recreación, priorizando los sectores más desprotegidos, promover la creación y el desarrollo de una política democratizadora del acondicionamiento, uso y gestión de los bienes socio-comunitarios destinados a la actividad física para el libre esparcimiento.

También plantean como objetivo primordial el lograr el desarrollo de competencias comunicativas que faciliten una positiva participación en la comunidad educativa, en la familia y en los diferentes ámbitos donde se desenvuelven los educandos (Anexo3).

Concepciones de discapacidad de los profesores de Educación Física

Hay términos cuyo uso pueden conducir a error y en la mayoría de los casos, esto es debido a que ese término se utiliza habitualmente tanto en el lenguaje hablado como en el escrito con significados diferentes.

Fue muy complicado y confuso el análisis de esta categoría, ya que cuando se indagaba sobre el mismo se apreciaba que muchos de los entrevistados no tenían idea de dicho concepto o incluso mencionaban conceptos ya obsoletos con respecto a la discapacidad, como ser el de minusvalía, deficiencia y discapacidad.

Cuando se le comentaba a la mayoría de los entrevistados sobre la nueva concepción de discapacidad propuesta por la OMS, denominada CIF, no sabían y seguían expresando los otros conceptos.

Sobre esta categoría de análisis un entrevistado respondió *“...no me acuerdo mucho el concepto de discapacidad y minusvalía, es el concepto de toda aquella persona que por una alteración física, psicológica, psíquica, tiene alguna de las funciones alteradas y que eso significa una forma diferente de relacionamiento y de actuación en la sociedad. Es la falta de una función o una (...) que le va a implicar a la persona una forma diferente de integración, de adaptación, de acuerdo a cuanto mayor sea la afectación es que es esa interrelación y después todo viene encadenado. Porque una persona que no puede actuar en sociedad, viene aparejado muchas consecuencias que nos va a llevar al aislamiento, que nos llevan a todo y a todas las otras afecciones que muchas veces son de nivel psicológico, psíquico.”*

Si bien el entrevistado tiene claro que el ambiente en muchos casos es determinante para la discapacidad, este sigue planteando los conceptos obsoletos de la

discapacidad, que hacían referencia a la discapacidad, deficiencia y minusvalía que de acuerdo a QUEREJETA (2003) son utilizados fuera del ámbito especializado.

En este sentido, se plantea que a lo largo de los años han surgido diferentes modelos explicativos de la discapacidad, los cuales han tenido una notable influencia en las actuaciones, que en política sanitaria y social se han desarrollado en los distintos países. De especial interés ha sido, el condicionamiento que han ejercido en los modos de comprender y clasificar las discapacidades y en las respuestas de las instituciones, y por último la sociedad. Es por ello, y con objetivo de clarificar dichos conceptos, que fue necesario revisar los elementos esenciales de los modelos más significativos desarrollados, así como su impacto en el sistema de Clasificación de Discapacidades promovido por la Organización Mundial de la Salud. Entre dichos modelos cabe destacar el Médico-Biológico y como contrapunto el Social, de éste último han surgido variaciones que incorporan actuaciones y puntos de vista defendidos por los movimientos de activismo político y de lucha por los derechos (QUEREJETA, 2003).

Esto trajo a que el concepto de discapacidad recoja las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo las actividades y las restricciones en la participación social del ser humano.

Con relación a la concepción de discapacidad un entrevistado expresó que *“cuando el niño es muy bien estimulado, es querido, quizás esa misma discapacidad sea mucho menor a otro niño que con esa discapacidad no ha tenido estimulación no ha sido querido, ha sido discriminado” (...)* el contexto es todo, todo, todo es bio-psico-social”.

Lo expresado muestra que el entrevistado se inclina al nuevo modelo de la discapacidad propuesto por la OMS, denominado CIF, el cual le da mucha importancia al ambiente, al contexto.

En el contexto se encuentra inmersa la familia que de acuerdo a BUSCAGLIA (1994, p. 71) se entiende a la misma como “un grupo pequeño dentro de un grupo social mayor, el cual actúa y el cual recibe influencias

Otro entrevistado dijo: *“discapacidad es una situación, está en función de las características personales de cada individuo, por ejemplo ciego, pero también tiene que ver con el contexto, la discapacidad se vierte si hay barreras que marquen esa discapacidad, por ejemplo un discapacitado motriz puede desarrollar perfectamente su vida normal, si se dan las condiciones adecuadas, depende del contexto donde se mueve”*. En este sentido, se desprende que la discapacidad es el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan

las circunstancias en la que esa persona vive (GARCÍA; SÁNCHEZ, 2001). Por ello podemos decir que las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, psíquicas, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Otro entrevistado manifestó que la *“discapacidad es algo como la falta de capacidad, falta de capacidades, no podemos hablar de capacidades diferentes, todos tenemos capacidades diferentes. Discapacidad es falta de capacidad, que puede ser intelectual o motriz y a veces en carácter de síndromes”*.

Acá vemos como el entrevistado se contradice en su concepto ya que la discapacidad *“engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación”* (PAPPOUS, 2007, p. 50).

Otro entrevistado manifestó: *“es el que sale fuera de los patrones comunes que está en desventaja con la vida común también”*. Con relación a la opinión del entrevistado, cabe resaltar que la desventaja o las barreras las crea la sociedad, es ella quien debe crear condiciones para generar igualdades de condiciones, es decir que todos tengan la oportunidad de desarrollar sus potencialidades.

Por todo ello la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad trata de promover, proteger y asegurar el *“goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respecto de su dignidad inherente”* (ONU, 2006).

Con relación a lo que entienden por discapacidad, otro entrevistado manifestó que *“es un concepto que uno siempre lo está reflexionando, nos planteamos capacidades diferentes, partimos que es una persona diferente que tuvo una problemática previo al parto, durante el parto, después del parto o en alguna etapa de su vida que le tocó pasar. Todos somos potenciables discapacitados. Todos tenemos una situación que nos puede catalogar como tal. No tengo un concepto que lo defina, se que la OMS la maneja bien, la tiene bien catalogada”*.

Si bien este entrevistado trabaja en el área de la discapacidad no demuestra tener mucha idea del concepto de discapacidad, esto puede ser por falta de formación o de sustento teórico y al mismo tiempo se contradice porque por un lado dice que es una

persona diferente y por plantea que no podemos generar diferencias, que no podemos hablar de diferente, de distinto.

De las entrevistas se desprende que varios de los entrevistados nombran al ambiente como factor importante en las limitaciones que pueda tener una persona con deficiencia. Con relación a ello QUEREJETA (2003) explica que las limitaciones con las que se enfrentan las personas con discapacidades, en términos de educación, empleo, transporte, alojamiento, etc., no son en realidad la consecuencia de su problema médico sino la resultante de las actitudes de la población y del abandono socio-político en el que se encuentran. Vemos, por lo tanto, como las teorías sociales de la discapacidad y el activismo político están en gran medida relacionados. Por ejemplo, el hecho de que una persona en una silla de ruedas no pueda ir a trabajar por sus propios medios, por no existir elementos facilitadores de movilidad en el entorno, es explicado en ambos casos no como la resultante de las características de la persona, sino como la consecuencia de una inadecuada respuesta de la sociedad. Desde esta perspectiva, el defensor del modelo social y el activista político, localizarán el problema no en la falta de movilidad generada por la discapacidad, sino en la incapacidad de la sociedad para dar respuesta a sus necesidades, por ejemplo, eliminando las barreras a la movilidad terapéutica y compensadora.

Paradigma que subyace en el trabajo de los profesores de Educación Física

Es importante resaltar que tanto en las entrevistas realizadas a los docentes como en las observaciones llevadas a cabo a las distintas clases tienen un enfoque recreativo y social.

El Modelo Social de la discapacidad considera una serie de factores sociales y materiales como son la educación, el transporte, los recursos económicos, la vivienda, las circunstancias familiares, etc. Es decir este enfoque le da importancia a los factores externos ya que los mismos condicionan la autonomía y limitan las oportunidades de las personas con discapacidad para participar en la sociedad.

“...nuestra actividad tiene mucho de social. Es más recreativo...”.

“...poner énfasis en la recreación mediante juegos con materiales didácticos, pelotas y en el agua”.

Muchos de los entrevistados expresaban que se inclinaban más hacia un modelo social, pero a pesar de esto utilizaban conceptos como patología para referirse a la discapacidad, dichos conceptos hacen referencia más hacia un modelo médico de la

discapacidad, modelo de la rehabilitación. Dicho modelo hacia el énfasis en la anormalidad corporal, en la dimensión clínica, médica, en el desorden, en el grado de discapacidad provocado por la deficiencia.

A continuación se expone un pasaje de una entrevista realizada a un docente que ejemplifica lo escrito.

“Hay que actualizarse permanentemente porque el área de trabajo nuestra que trabajamos con personas con discapacidad, o sea con alguna patología, la ciencia ha avanzado muchísimo y han aparecido también nuevas patologías que antes no existían, es importante que quienes trabajamos tenemos que tener una visión de todo lo nuevo”.

Otro entrevistado expresó: *“en el área de Educación Física yo trabajo en el área de entrenamiento en rehabilitación” (...).a través del ejercicio como podemos trabajar la rehabilitación y ahí mechas el concepto de rehabilitación”.*

Por rehabilitación se entiende como un proceso global de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social óptimo, proporcionándole así los medios que le posibiliten llevar en forma independiente y libre su propia vida (MESENGUER, 2001).

Por otro lado otro entrevistado planteó: *“se dedican a trabajar toda el área de diagnóstico, hay un trabajo intelectual, hay una maestra que trabaja con ellos todo el tema de lenguaje, escritura, es un apoyo, hay una psicóloga, hay un área de música, un área de manualidades, eso son las cosas que yo se que más o menos hay”.*

Otro docente sugirió: *“...evaluábamos y realizábamos un proceso del niño más a la rehabilitación”.*

El paradigma médico o de la rehabilitación según SOSA, (2007) ha hegemonizado un campo de consideración de los a los cuerpos discapacitados, disgregando un supuesto conocimiento diferenciado de lo normal, reduciendo estos cuerpos desde un abordaje exclusivamente terapéutico, médico.

Este aspecto se pudo observar en varias de las clases, por ejemplo en una de ellas: *“La niña esta en el agua con el profesor y comienzan trabajando flotación con ayuda. Luego la niña camina con ayuda del profesor en la parte baja de la piscina. Los dos docentes están*

atentos a todas las actividades y como se desarrollan las mismas. La madre de la niña también está dentro de la piscina y observa todo lo que hace el profesor y él le explica a ella ya que muchas veces cuando son más niños la madre es quien ayuda a la niña. Todas las actividades las repite varias veces.

La niña realiza flotación con traslado con ayuda, luego realiza burbujas en el agua, el profesor le muestra como se hace e intenta que ella las haga. Lo repite varias veces”.

Propuestas de trabajo implementadas por los profesores de Educación Física. (Metodologías de trabajo)

En todas las instituciones menos una se pudo observar que realizan trabajos en pequeños grupos, y en algunos casos que es necesario realizar propuestas individualizadas, de esta forma se promueve lo grupal, lo social.

Es importante resaltar que en todas las instituciones menos en el colegio privado como ya fue mencionado, trabajan todas las discapacidades juntas ya que consideran una forma de mejorar la autocolaboración y una forma de ayudar al proceso educativo.

Uno de los entrevistados expresó: *“pero trabajamos con todas las discapacidades”.*

Trabajan dándole un gran protagonismo a lo lúdico sin dejar de lado a todo lo que implica el proceso cognitivo. En algunos casos se pudo observar que realizaban actividades puramente mecánicas, es decir mediante un estímulo buscaban una respuesta.

“...en la primera instancia el profesor dice pronto listo y papa frita y los niños salieron, el les dice que no tenían que salir y les pregunta cuando era que se salía y ellos responden, cuando vos digas pronto listos y ya”. De esta forma refuerza el trabajo de las reglas.

En varias de las clases observadas se visualizó que se repetían las secuencias de movimientos, inclinándose más hacia un modelo de la rehabilitación, lo que nos puede llevar a decir que su enfoque educativo apunta más hacia una perspectiva conductista, esto lo podemos relacionar con la necesidad que el niño repita muchas veces la actividad para entender. En esta perspectiva todo se hace en base al reforzamiento externo. Se basa en la coherción; el aprendizaje se basa en el estímulo de conductas (POZO, 1996).

Este aspecto se pudo observar en varias clases, por ejemplo en una clase: *“El docente explica la consigna y lo demuestra afuera de la piscina, ellos lo realizan sin dificultades. Siempre que se comienza el ejercicio hay una explicación verbal y una demostración por parte del docente, en algunos casos les pide a los niños que lo demuestren. El docente observa atentamente y en algún momento interrumpe la clase para volver a explicar, y lo vuelven a repetir”*.

Uno de los entrevistados explica que: *“es como toda la actividad para los niños, el niño aprende a través del juego, el mejor aprendizaje se da a través del juego, y después, a su vez, planteamos el trabajo la metodología en cada lugar de trabajo que tenemos. En base a las características de infraestructura, o sea de la parte física, humana o material”*.

Además agrega que *“con los modelos de la Educación Física adaptado a las posibilidades que tenga el grupo ese en ese momento, como la clase de Educación Física común nada más que adaptada a la edad o capaz que a las condiciones mentales de ese grupo, porque agarro un grupo de Down veterano y capaz que hacemos el “pato pato ganso”. Uso materiales, ya que los clubes que vamos tienen, es la clase común de educación física (...) adaptada. No hay (...) con los programas adaptados a las características. Trabajamos en colectivo, o sea con grupos, no trabajamos en forma individual”*.

“...se toman juegos sencillos y cada juego tiene una adaptación para diferentes discapacidades, entonces el juego en un motriz tiene “x” adaptación, lo mismo para un visual, entonces vos te movés de acuerdo a la discapacidad, entonces todos participan en la medida de sus posibilidades del mismo juego”.

Como ya mencionamos no hay programas únicos para el trabajo con niños con PC en Educación Física, el trabajo puede ser en el agua o en el gimnasio, lo importante es tener claro cuáles son los objetivos que se pretenden alcanzar.

Tres de los entrevistados coinciden en que *“en el caso de la Parálisis Cerebral enfatizamos todo el trabajo en agua”*

Otro docente expresa: *“si mi idea es trabajar la lateralidad utilizo pelotas, utilizo bastones, jugar con la pelota con la mano derecha, jugar con la pelota con la mano izquierda, primero preguntamos si se acuerdan cual es la derecha y cuál es la izquierda”*.

“Yo trabajo desde un área que se vayan formando un poco más corporalmente, a medida que avanzan para mí hay una recuperación”.

Es importante señalar que durante las observaciones se visualizó que las consignas empleadas por los docentes eran claras, sencillas y se repetían varias veces e incluso en varias clases, como forma de reforzar el aprendizaje.

En algunos casos se pudo observar que realizan modificaciones en ciertas actividades y observan las reacciones de los niños para ver si se adaptan a los cambios o todavía necesitan más tiempo.

“Luego el docente les dice prontos listos y llave, y ellos salen igual, el les dice que no tenían que salir y les pregunta cuando era que se salía y ellos responden cuando vos digas prontos listos y ya. Luego el docente dice prontos listos y llama, y ellos salen, el les dice que no tenían que salir y les pregunta cuando era que se salía y ellos responden cuando vos digas prontos listos y ya, Luego hace otra variante y les dice prontos listos y zanahoria y ellos vuelven a salir, el les dice que no tenían que salir y les pregunta cuando era que se salía y ellos responden cuando vos digas prontos listos y ya”

De esta forma va variando y detecta si los niños comprendieron o no la consigna, siempre que salen cuando no es el momento el docente les pregunta en qué momento se debía salir. Varias veces ellos salen aunque no sea la consigna y el docente los para y les pregunta cuál era la consigna inicial y ellos saben que es prontos, listos y ya.

5. CONSIDERACIONES FINALES

A modo de cierre en este apartado se retomaran los resultados más relevantes de la investigación teniendo como guía los objetivos que nos propusimos.

De todos los entrevistados cinco de ellos cuentan con formación en el área de la discapacidad y específicamente en el niño con Parálisis Cerebral. Dos de ellos poseen una formación complementaria que ayuda al trabajo con esta población. En este sentido, pienso que la formación del profesorado es un aspecto clave en el proceso y debería estar presente como formación básica en los diseños curriculares de los cursos de profesores en Educación Física de nuestro país. Por todo ello, la Educación Física debe ayudar a mejorar las posibilidades sociales, afectivas, y sobre todo el desarrollo corporal para mejorar la calidad de vida de los educandos.

De la investigación llevada cabo a través de diversas entrevistas y observaciones a profesores de Educación Física que tienen a cargo de los distintos grupos con niños con Parálisis Cerebral, se puede decir que los docentes de las cinco instituciones seleccionadas plantean propuestas educativas de características similares. Además, se pudo observar que no siempre había una correspondencia entre los fundamentos teóricos planteados por los docentes en las entrevistas y lo realizado en su práctica.

Dentro de las instituciones consideradas, los docentes entrevistados demostraron conocimientos de las características y necesidades de los niños con Parálisis Cerebral, aspecto imprescindible para poder llevar adelante los objetivos que se plantean en su trabajo.

Por otra parte todos los docentes apuntan a fomentar la potencialidad del niño, los hábitos de la vida cotidiana, mejorar la socialización e integración de ellos y hacerlos participes de la sociedad en la cual conviven.

Todos los docentes entrevistados coinciden en que el trabajo integrado con las distintas discapacidades es una forma de motivar y ayuda en la clase de Educación Física. De la investigación realizada se desprende que plantean el mismo nivel de trabajo tanto en la escuela o en la institución, como en el gimnasio, siempre teniendo en cuenta las variaciones dependiendo de las discapacidades que le toquen en las clases. Es importante mantener un mismo hilo conductor, lo que facilitará el proceso educativo.

A su vez, de las observaciones se desprende que no existe una única forma de trabajar con niños con Parálisis Cerebral, lo que sí depende de las necesidades y capacidades de cada niño en cuestión. Ya sea en el trabajo en el agua o en el gimnasio que llevan a cabo las distintas instituciones referidas, el docente debe buscar potenciar al

alumno teniendo presente sus potencialidades y no sus limitaciones; que el niño se sienta partícipe de “algo”, como forma de incluirlo y ayudarlo en su proceso de socialización.

En todas las clases observadas se realizan trabajos grupales sin dejar de lado una propuesta individualizada y adaptada para cada alumno de acuerdo a las necesidades de los mismos y de los objetivos de la clase. Pienso que las actividades individuales tienen como objetivo la rehabilitación de los segmentos corporales “dañados”.

Por otro lado, todas las instituciones se inclinan a un modelo social de la discapacidad, en el cual se le da suma importancia al contexto. El profesor de Educación Física al insertarse en las instituciones se enmarca dentro de este modelo.

En las variadas clases se pudo observar que los docentes utilizan como modelo de enseñanza la explicación, la demostración y en algunos casos la resolución de problemas. Apuntan mucho al refuerzo positivo, a la repetición de las actividades como forma de enseñanza. Es clave que la actividad sea ante todo gratificante para para quien la va a realizar.

Por último en las diversas instituciones investigadas, además de la propuesta de Educación Física, los alumnos con discapacidad tienen la posibilidad de realizar otras actividades; su oferta depende de aspectos económicos de la institución.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PAPPOUS, A. Inclusión e integración en Europa: Hacia una educación Física y deportiva adaptada. En: EUSSE, Edgar Danilo (Ed.). **Educación física y discapacidad: prácticas corporales inclusivas**. Medellín: Funámbulos editores, 2007. Cap. 3, p. 49-59.

BEHRMAN, J. et al. **Nelson: Tratado de pediatría**. Madrid: Elsevier, 2004.

BOBATH, Karel. **A deficiência motora em pacientes com Paralisia Cerebral**. São Paulo: Manole Ltda., 2000.

BOBATH, Karel. **Base neurofisiológica para el tratamiento de la Parálisis Cerebral**. Buenos Aires: Panamericana, 1982.

BOBATH; Berta, BOBATH, Karel. **Desarrollo motor en distintos tipos de Parálisis Cerebral**. Buenos Aires: Panamericana, 1987.

BUSCAGLIA, L. **Los discapacitados y sus padres**. 4. ed. Buenos Aires: Emecé editores, 1994.

CAMPEÃO, Márcia da Silva. Atividade física para pessoas com Paralisia Cerebral. En: DUARTE, Édison; LIMA, Sonia Maria Toyoshima (Org.). **Atividade física para pessoas com necessidades especiais. Experiências e intervenções pedagógicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap. 4, p. 34-46.

CARAZZATO, João Gilberto. Terapia esportiva na Paralisia Cerebral. **Revista Brasileira de Medicina Esportiva**, v. 2, n. 3, p. 45-48, jul./set. 1996.

COOK, T. D.; REICHARDT, CH. S. **Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa**. 4. ed. Madrid: Morata, 2000.

DE CARVALHO CRUZ, G.; CASTELUZZI VECHIATTO, S. Educação física e pessoas com Paralisia Cerebral: Proposta de intervenção. **Revista da Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada - Sobama**, v. 9, n. 1, p.7-13, dez. 2004.

DE DIOS URREGO GALLEGO, J., URREGO GALLEGO, H. El problema de la discapacidad y la inclusión educativa y social. En: EUSSE, Edgar Danilo (Ed.). **Educación física y discapacidad: prácticas corporales inclusivas**. Medellín: Funámbulos editores, 2007. cap. 5, p. 81-90.

EICHER, Peggy S.; BATSHAW, Mark I. Parálisis Cerebral. In: BATSHAW, Mark L. **Clínicas pediátricas de Norteamérica**. México: Interamericana, 1993. v. 3, p. 571-585.

GARCIA, C., SANCHEZ, A. **Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad**. Murcia: Imsero, 2001.

GOMES, Claudio et al.. **Paralisia Cerebral**. In: LIANZA, Sergio (Coord.). **Medicina de reabilitação**. 2. ed. Río de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. cap. 20. p. 288- 303.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. COMISION NACIONAL HONORARIA DEL DISCAPACITADO. **Encuesta nacional de personas con discapacidad: informe final**. Instituto Nacional de Estadística. Montevideo, 2004.

LORENZO, E. Paradigmas de la Investigación. **Nexosport**, n. 158, p. 12-14, 1987.

MESEGUER, L. Prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades. En: _____. **Legislación y discapacidad: amparo legal**. Uruguay: comisión honoraria del discapacitado. 2001, p. 351-449.

MORA, Carlos Mora, JULIAO, Alberto Jiménez. Experiencias de PROPACE en sus primeros 30 años en el manejo de la Parálisis Cerebral. **Medicina de Reabilitação**, n. 47, p. 7-13, 1998.

NEGRINE, A. Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. In: MOLINA NETO, Vicente; TRIVIÑOS, Augusto N.S. (Org.). **A pesquisa qualitativa na Educação Física: alternativas metodológicas**. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999, p. 61-93.

OLIVERA, J. **Concepções de deficiência: um estudo das representações dos professores de Educação Física do ensino Superior**. 2006. 162 p. Disertación (Maestría) - Facultad de Educación, Universidade Federal da Bahía, UFBA, Salvador, 2006.

PEREZ SAMANIEGO, V., DEVIS DEVIS, J. Salud, inclusión y Educación física. En: EUSSE, Edgar Danilo (Ed.). **Educación física y discapacidad: prácticas corporales inclusivas**. Medellín: Funámbulos editores, 2007. cap. 2, p. 21-42.

PEREZ, SERRANO, Gloria. **Investigación cualitativa: Retos e interrogantes**. Madrid: La Muralla, 1998.

POZO, J. El conductismo como programa de investigación. **Teorías cognitivas del Aprendizaje**. Madrid: Morata, 1996. cap. 2, p. 23-38.

QUIVY, R.; VAN CAMPENHOUNDT, L. **Manual de investigación en ciencias sociales**. México: Limusa, 1992, p. 150-160.

QUEREJETA, M. **Discapacidad/Dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación**. España: Recedis. 2003.

REBOLLO, A. **La Motricidad y sus Alteraciones en el niño**. Montevideo: Prensa Medica Latinoamericana, 2003, p. 90-134.

REBOLLO, A., et al.. **Neuroanatomía**. Buenos Aires: Inter-médica, 1988, p. 441-460.

RUBINSTEIN, S. **A Criança com Paralisia Cerebral no Contexto Familiar**. 2002. 178 p. Disertación (Maestría) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano.

SABINO, C. **El proceso de investigación**. Buenos aires: Humanitas, 1986.

SOSA, L. Los “cuerpos discapacitados”, construcciones en prácticas de integración en educación física. En: EUSSE, Edgar Danilo (Ed.). **Educación física y discapacidad: prácticas corporales inclusivas**. Medellín: Funámbulos editores, 2007. cap. 6, p. 93-103.

TAYLOR, S. J.; BOGDAN, R. **Introducción a los métodos cualitativos de la investigación**. Buenos Aires: Paidós, 1987.

VOLPON, JOSÉ B. Avaliação e princípios do tratamento ortopédico do paciente com sequela de Paralisia Cerebral. **Acta ortopédica brasileira**, v. 5, n. 1, p 35- 42, jan/mar. 1997.

VYGOTSKI, L. S. **Obras escogidas**: fundamentos de defectología. Madrid: Visor, 1997, v. 5 p. 365-370.

7.ANEXOS

ANEXO 1

7.1. PAUTAS DE LA OBSERVACIÓN

Fecha:

Lugar de la observación:

Horario:

Cantidad de niños en la clase:

- Diagrama del escenario antes de comenzar la observación
- Actividades propuestas por el profesor
- Descripción de la consigna del profesor y su implementación

ANEXO 2

7.2. PAUTAS DE LA ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA DIRIGIDA A PROFESORES DE EDUCACIÓN FÍSICA

Fecha:

Lugar:

Hora de comienzo:

Hora de finalización:

Nombre del entrevistado:

- ¿En qué año te recibiste de profesor/a de Educación Física?
- ¿Tuviste formación en el área de la discapacidad durante tu formación? Cuéntame un poco sobre la misma
- ¿Realizaste cursos de actualización en el área de la discapacidad? ¿Qué tipo de cursos? Actualización, especialización, otros.
- ¿Cuántos años hace que trabajas con niños con Parálisis Cerebral?
- ¿Cuántos años hace que trabajas con niños con Parálisis Cerebral en esta institución?
- ¿Cuáles son las características del centro donde trabajas?
- ¿Cuáles son los objetivos que te propones en el trabajo con niños con Parálisis Cerebral?
- ¿Cómo planificas los objetivos?
- ¿Qué actividades realizas con los niños para alcanzar los objetivos que te propones?
- ¿Qué entiendes por discapacidad? ¿Cómo puedes conceptualizar el término?

ANEXO 3

Primer entrevistado

1 ¿En qué año te recibiste de profesora de educación física?

En 1970, me recibí de profesora de educación física en el ISEF

2 ¿Tuviste formación en el área de la discapacidad durante tu formación?

Cuéntame un poco sobre la misma

Eran solo 4 años sin nada en el área, ni siquiera visitas al lugar. Lo que si en el segundo año como estudiante teníamos un profesor Feldman y la profesora Machin que nos informaron de que APRI que es una institución de discapacitados motrices, organizaron cursos durante todo el año para trabajos en educación física y también otras cosas para persona con discapacidad motriz el cual yo lo hice, y fue un curso muy bueno. Eran cursos teóricos y prácticos, teníamos profesores desde médicos a fisioterapéuticos, profesores de manualidades, de juego que me acuerdo que lo daba Machin y la parte medica lo daba Feldman, y después íbamos a hacer prácticas en los talleres y a la piscina de Olimpia con un profesor Alonso que trabajaba con ellos en la piscina. Duró todo un año el curso.

¿Un año?

Sí, pero yo estaba en segundo año del instituto. Me recibí y por unos año trabaje en plazas de deportes y escuelas.

Los cursos, teníamos dos noches entre semana y los sábados, ósea que La carga horaria era bastante. Fácilmente serian unas 9 horas o 10.

¿Te pedían algún requisito para ingresar?

No, no era creo que salías con un titulo de líder. Era muy bueno muy profundo.

Después de que me recibí en el año 75 comencé a trabajar con discapacitados auditivos, y en el año 78 con discapacitados intelectuales, con los dos, ósea ubique todo mi horario en el área especial. Pero tuve que en forma personal capacitarme, porque no había ningún curso de nada. Recién en el año 85 cuando vuelve la democracia los cursos que dictaban en el instituto magisterial superior se abren no solo para maestros sino para profesores de UTU de secundaria y nosotros tenemos los cursos de educación física que ya estábamos trabajando podría ser y ahí hice en el año 86 hice el de intelectuales y en el 89 90 hice el de discapacitados auditivos. Ya casi cuando estaba culminando, pero fue como una especie de algo personal poder contar con un curso de postgrado en la discapacidad.

3 ¿Realizaste cursos de actualización en el área de la discapacidad? ¿Qué tipo de cursos? Actualización, especialización, otros.

Si cursos de especialización que en principio eran para maestro pero después los abrieron para profesores de secundaria de UTU y de educación física. Durante toda mi vida hice cursos, he ido a congresos en el exterior. Acá en la intendencia en el año 96 nos facilito la ida a un congreso internacional de educación física para discapacitados en Bueno Aires,

en el SENAR que duro toda una semana, que tuvo muy buen nivel y bueno después he ido a congresos sobre Parálisis Cerebral profunda, síndrome de Down. Hay que actualizarse permanentemente porque el área de trabajo nuestro que trabajamos con personas con discapacidad ósea con alguna patología, la ciencia ha avanzado muchísimo y han aparecido también nuevas patología que antes no existían, es importante que quienes trabajamos tenemos que tener una visión de todo lo nuevo.

¿Cómo te involucraste en el área de la discapacidad?

Me recibí en el 70, en mayo del 71 entre a lo que era la Comisión Nacional de Educación Física, que en aquella época había un artículo, el artículo 148 de la constitución que ingresábamos automáticamente.

¿Te recibías e ingresabas?

Como había mucha escases de profes de educación física ya ingresabas, en el ámbito público, yo ya trabaja en lo privado.

¿Donde trabajabas?

En la Asociación Cristina de Jóvenes. Ingrese y en aquella época teníamos que ingresar a trabajar en un departamento del interior, y me tocó Canelones, y dentro de Canelones la localidad de San Antonio. Y en el 75 teníamos que estar por lo menos 3 años trabajando ahí, yo estuve 4 años, en el 75 pedí traslado, y el traslado me lo dieron para la escuela de niños sordos, de Montevideo.

Y después...?

Ahí ya entre en esa área y la verdad que me atrapó, me encantó. También trabajaba en una escuela común y en una escuela de niños sordos y después pedí que el trabajo que tenía en la escuela común pasara al área especial. Y como había muchas escuelas especiales que no tenían profes de educación física ese horario lo pase a la escuela 209 de discapacitados intelectuales. Toda mi trayectoria en lo que ahora es el ministerio lo trabaje en esas dos escuelas.

Después concurse y llegue al cargo de inspectora, fui inspectora del área especial, en Montevideo

Luego me involucre en la intendencia en el año 95, que en el año 2000 me jubilo en el ministerio y me quedo solo con el trabajo de la intendencia. Y ahí fue por un concurso de meritos y oposición que ingreso.

4 ¿Cuántos años hace que trabajas con niños con Parálisis Cerebral?

En el año este, cuando ingrese a la escuela de discapacitados intelectuales, en aquella época los niños que iban a esas escuelas eran niños que realmente tenían una discapacidad severa este síndrome de Down y con patologías múltiples y allí ya tuve con Parálisis Cerebral, ósea desde el año 78 trabajo con niños con problemas motrices.

5 ¿Cuánto hace que trabajas con niños con Parálisis Cerebral en esta institución?

Y desde que comenzó el programa.

¿Cuánto hace que comenzó el programa?

Comenzamos en el año eeee, en forma regular, porque primero estuvimos contratados por tres meses, luego por seis meses, pero definitivamente a partir del año 95 comienza nuestro trabajo regular acá en la intendencia, y ahí trabajamos con niños con discapacidad, que entre otras discapacidades, discapacidad motriz, y dentro de la motriz la Parálisis Cerebral. Y trabajamos muy especialmente con ellos en piscina, en el agua, que es donde más ese tipo de patología tiene muchos beneficios el trabajo en el agua no? Porque viste tiene que ver con, esteee, eee, ya me va a salir.

6 ¿Cuáles son las características del centro?

Nosotros trabajamos en los clubes, en algunos clubes que están en predios municipales, y que ceden sus espacios a la intendencia. Y todos los clubes cuentan con sala de musculación, gimnasio, y piscina. Y ahí nosotros trabajamos con toda la discapacidades, lo que tenemos en cuenta en primer lugar es la edad cronológica de la persona, es la digamos la primera formación de los grupos teniendo en cuenta la edad cronológica y luego en algunos casos la discapacidad. Pero trabajamos con todas las discapacidades. Y hemos visto que este tipo de trabajos heterogéneo en cuanto a la discapacidad nos ayuda muchísimo porque por ejemplo dentro del programa podemos tener personas ciegas, que son ayudadas en cuanto a la ubicación y orientación dentro del club por personas que no son ciegas pero que tienen síndrome de Down o pueden tener una discapacidad motriz leve, entonces hay realmente una hiperrelacion muy buena entre ellos.

En este centro son todos profesores de educación física menos una joven, una profesional que es fisioterapeuta.

¿En este momento cuantos profesores de educación física trabajan?

7 profesores.

¿Donde trabajan?

En Hebraica, en el club de Defensor Sporting, en AEBU, en FUECI, en el complejo Ituizango, y tenemos una institución de motrices que es APRI que es la institución más vieja de este país en esa área que la atendemos en la propia institución porque cuenta con gimnasia y con sala de musculación.

¿El convenio cómo es?

Los clubes la mayoría están en predios municipales, entonces tienen la obligación de ceder horarios a la intendencia, y la intendencia ha priorizado el programa de discapacitados.

El club cede las instalaciones, no el personal. Nosotros llevamos a los profesores, y lo que

hemos notado en estos años que parte del personal administrativo, de vestuario, o de servicios y los profes, se han integrado también a nuestro programa y como que ya se manejan muy bien con la gente nuestra. Ósea que eso ha sido un trabajo de integración importante para la persona con discapacidad.

¿Los niños con discapacidad, los trasladan ustedes o van ellos hasta la institución?

Algunos se trasladan solos, o con algún familiar. Otros van en camionetas u ómnibus de la intendencia que ya están programados para todos el año que los van a buscar como grupo a una institución y los llevan a los programas. Y después están aquellos que solicitan las camionetas de la Comisión Nacional Honoraria de Discapacitados, bueno que eso es aparte y bueno ellos contratan ese servicio.

7 ¿Cuáles son los objetivos que te propones trabajar con niños con Parálisis Cerebral?

Bueno, en primer lugar, como con cualquier otro niño, los mismos objetivos como para cualquier otro niño. Con la edad que tienen ellos. ¿Tú me hablas de la etapa escolar?

Si.

Lo primero que hacemos es respetar las características de la edad. Luego, nosotros no trabajamos específicamente con la discapacidad, sino con entre comillas la parte sana que tiene el niño, el potencial mejor dicho no? Eso es lo que trabajamos. Cómo lo trabajamos? Lo hacemos a través del juego, nuestra actividad tiene mucho de social. Es más recreativo. Nosotros no, nuestro objetivo no es el logro de alguna habilidad para que después pueda ir a competir, no. Eso si se hace y me parece que está muy bien que se haga pero en ese caso nosotros derivamos cuando vemos algún caso con características buenas ya sea en el caso de la Parálisis Cerebral, no? En el agua. Y bueno nosotros tenemos algunos lugares donde sabemos que hay profesores que se dedican a eso. Existe el comité paraolímpico, es el que lleva adelante las políticas deportivas de las personas con discapacidad.

Es como toda la actividad para los niños, el niño aprende a través del juego, el mejor aprendizaje se da a través del juego, y después depende, hay diferentes grados de Parálisis Cerebral. En una parálisis cerebral leve, el niño camina verdad?, a una Parálisis Cerebral severa en donde...

¿Ustedes trabajan en los tres niveles?

Si todos los niveles.

8 ¿Cómo planificas los objetivos?

Bueno nosotros tenemos la misión de la secretaría de deportes, que ha trabajado en conjunto con todo el personal de la secretaría de deportes y el coordinador ejecutivo que es el profesor Gonzalo Alvin. Luego, los objetivos generales de las secretarías de deportes.

Después de ahí, cada grupo por ejemplo, el grupo de adultos mayores, el grupo barrial, y el grupo nuestro el de discapacitados, ha elaborado sus propios objetivos para el programa y se elaboran con todo el equipo, con todos los integrantes del equipo. Y después, a su vez, planteamos el trabajo la metodología en cada lugar de trabajo que tenemos. En base a las características de infraestructura, ósea de la parte física, humana o material.

9 ¿Qué actividades alcanzas realizas con los niños para alcanzar los objetivos que te propones?

En el caso de la Parálisis Cerebral enfatizamos todo el trabajo en agua, porque el niño no tiene peso de su gravedad en tierra, sino que se siente más libre y se ha observado que el niño en el agua se mueve más al no tener el peso de la gravedad en tierra y los movimientos los logra hacer más amplios y está trabajando todo su sistema cardiorespiratorio muscular, articular, y principalmente ayudándolo a disminuir esa espasticidad que es característica de la Parálisis Cerebral.

¿Qué requisito le piden a ese niño con para ingresar al centro?

Nosotros el único requisito es foto carne, cedula de identidad y certificado médico. Llenamos una ficha de registro con todos los datos, datos también familiares, datos de su patología, les pedimos a los papas que si tienen informes de diagnósticos nos traigan que lo fotocopian y lo adjuntamos a la ficha. Y les damos un carnet que es un control para el niño, para nosotros y para el club donde va.

10 ¿Qué entiende usted por discapacidad? ¿Cómo puedes conceptualizar el término?

Y bueno, es difícil.

Digamos que la discapacidad este, es cuando una persona se sale de ehhh una norma que es lo que mayoritariamente existe en las personas. Pero eso no tiene una línea definida, depende. Cuando el niño es muy bien estimulado, es querido, quizás esa misma discapacidad sea mucho menor a otro niño que con esa discapacidad no ha tenido estimulación no ha sido querido, ha sido discriminado.

¿Vos le da mucha importancia a lo que es el contexto?

Es todo, todo, todo. Bio-psico-social.

2 entrevistado

1 ¿En qué año te recibiste de profesor/a de Educación Física?

En el año 80, en este momento habían cambiado los planes a tres años.

2 ¿Tuviste formación en el área de la discapacidad durante tu formación?

Cuéntame un poco sobre la misma

No había nada. La manera en que yo me involucre en el área de la discapacidad fue por medio de un compañero. Yo estaba en una escuela normal y él en una escuela especial y ahí quede sin conocer pero más o menos me orientaron. Y después si hice el curso en el IMS, en magisterio, era dos años, lo que hizo mi compañera también. Y ahí, pero me fui formando con otros compañeros con el diario vivir y después reforcé con el curso, eso me dio cortejo, no sobre educación física pero si sobre mayor características de la gente que trabajaba. En el área de la educación física no había ninguna especialización.

3 ¿Realizaste cursos de actualización en el área de la discapacidad? ¿Qué tipo de cursos? Actualización, especialización, otros.

No, es una lucha permanente que tengo con las autoridades de la intendencia y el ministerio de los cursos de formación permanente debe ser en horario de trabajo y a costo de los organismos públicos, he tenido muy pocas posibilidades porque cada curso hay que pagarlo. El curso que hice era en horario de la noche y tenía media beca, que me daban para ir a hacer el curso ese. Era de lunes a viernes con una carga horario de 20 horas semanales, 5 horas por día más o menos, entrábamos algo así como a las ocho y salíamos como a las doce menos cuarto.

Realice algún curso acá en la intendencia, en el ministerio, pero no cursos pagos, no tengo disponibilidad económica para realizarlo.

¿Cómo llegaste al programa de la intendencia?

En el primer gobierno de Tabaré, que hubo concurso y llamados a términos tres meses, seis meses, hasta que después quede efectivo.

4 ¿Cuántos años hace que trabaja con niños con Parálisis Cerebral?

Y hace como desde el 85, no general, no solo con parálisis cerebral. Yo empecé en el área discapacitados intelectuales, después a los años que no me acuerdo cuanto, pase a la escuela 200 que era de niños con problemas motrices.

5 ¿Cuántos años hace que trabaja con niños con Parálisis Cerebral en esta institución?

Acá en la intendencia hace 20 años, dentro de la gama de gente que hay. Acá están todas las discapacidades mezcladas y se agrupan de acuerdo a la edad cronológica de la persona. Yo soy el único que va a una institución que es APRI que si es de discapacitados motrices específicamente, pero también hay algunos que son con retardo. Con ellos se trabaja tanto en piscina como en el gimnasio.

6 ¿Cuáles son las características del centro donde trabajas?

Es la atención a gurises con discapacidad o adultos con discapacidad, el tema de integrarlos y proporcionarles una actividad física

7 ¿Cuáles son los objetivos que te propones en el trabajo con niños con Parálisis Cerebral?

Y sobre todo es la mejora física, no la rehabilitación como fisioterapeuta. Yo atiendo a la recreación, a que la pasen bien, el gusto por el movimiento. Yo apunto a la parte de educación física que atiende el movimiento y a la parte lúdica y el gusto por moverte. No si el tipo tiene el brazo así yo no trabajo para rehabilitarlo. Hay gurises que viven en silla de ruedas, que se pueden parar, entonces yo muchas veces hago específicamente como localizado el trabajo de fuerza de piernas para que puede levantarse de la cama, ayudarse para ir al baño, cosas de contenido que le mejoren la vida de relación, eso sí, en caso como x, que para levantarse yo le hacía trabajar fuerza de piernas para que pudiera ir al baño.

8 ¿Cómo planificas los objetivos?

Hay una línea rectora que la marca la intendencia, después pasamos por el área de la coordinadora, y entre todos más o menos marcamos programas adaptados a las necesidades que la gente quiere ¿no?

¿Coordinan entre ustedes? Ah... si, si. Una vez a la semana 2 horas coordinamos, pero los programas esos son de acuerdos con la línea general. La dirección marca una línea y nosotros dentro de esa línea con modificaciones o no, en forma democrática, pero estamos basados en los programas generales de deporte y recreación, adaptado a los gurises ¿no?

9 ¿Qué actividades realizas con los niños para alcanzar los objetivos que te propones?

Con los modelos de la educación física adaptado a las posibilidades que tengan el grupo ese en ese momento, como la clase de educación física común nada más que adaptada a la edad o capas que a las condiciones mentales de ese grupo, porque agarro un grupo de down veterano y capas que hacemos el pato pato ganzo. Uso materiales, ya que los clubes que vamos tienen, es la clase común de educación física... adaptada nomas. No hay... con los programas adaptados a las características. Trabajamos en colectivo, o sea con grupos, no trabajamos en forma individual

10 ¿Qué entiende por discapacidad? ¿Cómo puedes conceptualizar el término?

Yo que sé, lo entiendo medio casero. Es el que sale fuera de los patrones comunes que está en desventaja con la vida común también.

3 entrevistado

1 ¿En qué año te recibiste de profesor de educación física?

En 1989, y era un Plan de tres años.

2 ¿Tuviste formación en el área de la discapacidad durante tu formación? Cuéntame un poco sobre la misma

En esa época no, tenías una materia que llamaban Gimnasia Especial pero creo que era más que nada para asmáticos, pero muy genérico y no estaba muy conforme como la dieron porque agarrábamos un señor profe en la etapa final de su carrera y estaba muy cansado, y entonces que hacía?, dividía el grupo en tantos grupos como bolillas y los alumnos eran los que daban la materia y él aportaba poco, entonces quedaba lo que vos sacabas del libro, nada más.

¿Entonces en la parte de discapacidad?

Poca cosa, nada más.

3 ¿Realizaste cursos de actualización en el área de la discapacidad? ¿Qué tipo de cursos? Actualización, especialización, otros.

Yo arranqué en el área de la discapacidad en el 2000, porque me quedaba la última entrega de fisioterapia y me ofrecieron a través del Ministerio ir a trabajar con motrices y ahí me enganché.

¿Pero qué cursos hiciste?

Principalmente los cursos de fisioterapia no? En el área de la rehabilitación. En el área de Educación Física yo trabajo en el área de entrenamiento en rehabilitación principalmente. La parte de entrenamiento la hacías en el Instituto, después mezclabas vos, hacer coincidir la Patología con todos los principios del entrenamiento normales y después cursos genéricos de recreación porque en sí no hay cursos de recreación para la discapacidad, los cursos de recreación para la discapacidad los damos nosotros, porque no hay una formación en ese sentido acá.

Acá no hay cursos de actualización en la discapacidad. No hay cursos específicos que vos digas voy a hacer un curso en recreación de la discapacidad, entonces eso lo sacas de los libros o en el caso del profe fisioterapeuta tiene herramientas de que conoce la patología por la carrera y conoce herramientas de recreación por otro, entonces vos tienes herramientas como para mezclar y lograr todo lo referido a la sensibilización, etc.

4 ¿Cuanto años hace que trabaja con niños con parálisis cerebral?

Nosotros trabajamos con la discapacidad en general, no cerrados a parálisis cerebral. El programa de la Intendencia en el cual trabajamos trabaja con un estilo que es de origen español en el cual se mezclan las discapacidades. Hay desde visuales, auditivos, motrices, dentro de los motrices hay PC, pero no se trabaja puntualmente con PC, se trabajan todas las discapacidades mezcladas.

5 ¿Cuántos años hace que trabajas con niños con Parálisis Cerebral en esta institución?

Desde el año 2003.

6 ¿Cuáles son las características del Centro donde trabajas?

Los objetivos del programa son trabajar en el área de la.....acá no tengo los objetivos pero te puedo pasar los objetivos específicos y generales del programa, pero en general los objetivos del programa es trabajar en el área de la recreación, darles a las personas con discapacidad la oportunidad de hacer la parte de actividad física y deporte y recreación muy orientado a recreación.

7 ¿Cuáles son los objetivos que te propones en el trabajo con niños con parálisis cerebral?

Vuelvo a repetir que no exclusivo para niños con PC, si vos lo encaras solo para niños con PC es todo un tema. Por ejemplo: en el niño con PC, si tuvieras una clase que tuvieras muchos niños con PC, primero lograr todo lo necesario para que haya la facilitación del acceso, haces todo lo que tenga que hacer para la facilitación del acceso, a veces te lleva a gestiones que no tienen nada que ver con la Ed. Física, pero en sí van a influir en tu caso, después permitirle a través de medidas de seguridad concretas que la persona con PC pueda participar en medios como el agua o en tierra, principalmente seguridad en el agua, para que pueda vivenciar estos medios. Y después de acuerdo a los diferentes grados de patología, vos vas viendo lo que la persona puede o no puede hacer, cuanto más o cuanto más logra integrarse a la clase o logra participar en la clase. Por ejemplo poder ver una PC espástica grande en el cual queda cerrado a que vivencie el agua y que la gama de movimiento son reducidas, pero no tiene mucho grado de participación porque su patología no lo permite. Hay otros grados de PC que te permiten moverse mucho más. El término parálisis cerebral no es una patología concreta, hay muchos grados de PC, todas tienen un nivel diferente de afectación y por lo tanto todas tienen un nivel diferente de participación, una diplejía tiene afectado principalmente miembros inferiores, entonces miembros superiores se puede trabajar mucho, por ej. Una persona que tenga una PC espástica grande tiene afectados los cuatro miembros, por lo tanto el grado de participación es otro, entonces vos tienes que adaptarte a ello.

8 ¿Cómo planificas los objetivos?

Depende en que clase porque si bien el programa trabaja con discapacidades mezcladas hay grupos que son más de una y más de otras, entonces vos te manejas, pero sí los objetivos son siempre los mismos porque están alineados a los objetivos de la Secretaría. La Secretaría en sí tiene objetivos específicos y generales que son de la Secretaria y todos los programas de la Secretaria, tercera edad, barrial, discapacitados alinean sus objetivos generales hacia eso como meta y entonces no podemos variar mucho, los objetivos son siempre en el área de recreación porque? Porque lo que vos muchas

veces, dadas las características de la población que vos tienes que muchas veces son muy carenciados, segregados de determinadas maneras, pasa por brindarle la posibilidad de que entren a un club, de que participen en un club, porque muchas veces si no es esta posibilidad no lo pueden hacer, entonces está orientado primero a brindarles la posibilidad, que tengan la vivencia y después de eso, a través del ejercicio como podemos trabajar la rehabilitación y ahí mechas el concepto de rehabilitación.

En mis clases los objetivos son la recreación, básicamente la recreación. Vos primero tienes que buscar que el niño participe del medio de una manera agradable y facilitadora para que él pueda participar de manera activa, porque un error de un trabajo con la discapacidad, que muchas veces ocurre es ponerle un guía atrás y el guía mueve la silla para todos los lados, y la persona con PC simplemente es un objeto que está arriba de la silla y lo sacuden para todos lados y no participa, esa no es la forma de trabajar. La forma es que el haga lo que pueda hacer. Entonces el objetivo es recreación para que el participe en la medida que pueda.

Después que vos lograste que el tipo esté cómodo, que participe alegremente, bueno ahí vos mechas trabajos de rehabilitación que son más puntuales y concretos, pero el objetivo principal es la recreación. Lo que se busca trabajando todas las discapacidades juntas es la autocolaboración, porque un visual ayuda un motriz y un motriz ayuda a un visual, de esta forma se logra mucho más la integración que muchas veces es uno de los grandes temas de la Discapacidad, que están solos. Tenés que ser mucho más maleable, no puedes ser rígido con tus objetivos, no puedes venir con una clase programada, esto es así, así, porque no es así.

9 ¿Qué actividad realizas con los niños para alcanzar los objetivos que te propones?

Adaptación de juegos, una clase común adaptada a juegos, el tema es y ahí va la filosofía de trabajo española, se toman juegos sencillos y cada juego tiene una adaptación para diferentes discapacidades, entonces el juego en un motriz tiene x adaptación, lo mismo para un visual, entonces vos te moves de acuerdo a la discapacidad, entonces todos participan en la medida de sus posibilidades del mismo juego.

10 ¿Qué entiende por discapacidad? ¿Cómo puedes conceptualizar el término?

Es muy genérica esa pregunta, no sé, no me acuerdo mucho el concepto de discapacidad y minusvalía, es el concepto de toda aquella persona que por una alteración física, psicológica, síquica, tiene alguna de las funciones alteradas y que eso significa una forma diferente de relacionamiento y de actuación en la sociedad. Es la falta de una función o una..... que le va a implicar a la persona una forma diferente de integración, de adaptación, de acuerdo a cuanto mayor sea la afectación es que es esa interrelación y

después todo viene encadenado. Porque una persona que no puede actuar en sociedad, viene aparejado muchas consecuencias que nos va a llevar al aislamiento, que nos llevan a todo y a todas las otras afecciones que muchas veces son de nivel psicológico, síquico, en fin.....

4 entrevistado

1 ¿En qué año te recibiste de profesor/a de Educación Física?

En el año 2006, en la ACJ.

2 ¿Tuviste formación en el área de la discapacidad durante tu formación?

Cuéntame un poco sobre la misma.

No, yo tuve mucho interés en el área biológica dentro de la ACJ, a raíz de ahí, hice, ingresé a hacer fisioterapia en la EUTM y bueno ahí me involucré un poco más en el área de la discapacidad, me empezó a gustar a partir de ese momento y bueno pero en el área de Educación Física nunca tuve la formación.

¿En tu formación faltó esa parte?

Sí, por supuesto, mi interés partió desde mi interés por el área biológica, por el estudio de toda la ciencia, y empecé a estudiar fisioterapia y ahí me salió un trabajo relacionado con fisioterapia y Educación Física y tá me involucré con la discapacidad.

3¿Realizaste cursos de actualización en el área de la discapacidad? ¿Qué tipo de cursos? Actualización, especialización, otros.

Sí, sí, trabajando en la escuela y fuera de la misma, hace poco hubo un curso en el IPES, que es el instituto de perfeccionamiento superior de ANEP, donde hubo un curso de perfeccionamiento en el área de la discapacidad motriz, un curso bastante bueno que duró como 6 meses, después Seminarios y eso, formal sólo fisioterapia y ese curso que hubo en ANEP.

También fui a congresos, seminarios hace poco hubo un seminario de Atletismo paraolímpico y el tema que la discapacidad es sumamente amplio.

Podes ampliar el tema de la discapacidad motriz, sensorial, intelectual, acá en la escuela tenemos un poco de todo, pero ta sí, por lo menos cada 2 o 3 meses hago congresos, siempre con la temática.

¿Cómo te involucraste a la escuela 200?

Yo empecé trabajando en la escuela por el Ministerio de Turismo y Deporte, empecé trabajando en el programa de verano en el Ministerio de Turismo y Deporte en Casa Gardel durante 3 años, en los veranos en Casa de Gardel, en el momento de la elección yo trabajé ese verano en casa Gardel, fuimos a concurso para entrar al Ministerio y en el momento de elegir, mi intención era elegir casa de Gardel pero no estaba libre, no estaba la

oportunidad de elegir la casa de Gardel cuando yo voy a elegir la única que había con discapacitados motrices es ésta, la única escuela que hay en Uruguay es ésta, entonces yo sabía que había alumnos en esta escuela que habían estado conmigo en casa Gardel y bueno, yo elegí esta escuela. Mi intención fue elegir casa Gardel, igual no me arrepiento porque está bárbara la escuela. Yo acá soy efectivo, concursé por la efectividad, esta escuela es mía.

Para que los niños puedan venir a esta escuela hay una entrevista de ingreso, a veces estoy yo pero casi nunca voy, hay 2 fisioterapeutas, está la maestra querate que es la que hace un poco el vínculo pedagógico, la maestra ortofonista, la psicóloga de la escuela, se hace una entrevista del niño con los padres, cada vez se eligen gurises mas chicos, ese es un poco el perfil de la escuela, de dos años más o menos, esto es por el tema de la estimulación temprana, son todos por lo menos discapacitados motrices, pueden tener asociada otra discapacidad. El 95% de los casos tienen una discapacidad auditiva o sensorial entre otras.

¿Esta Escuela es pública?

Si es gratis.

4 ¿Cuántos años hace que trabajas con niños con Parálisis Cerebral?

En el año 2004 en Casa Gardel como estudiante, empecé a hacer las prácticas en fisioterapia que me tocaban niños con parálisis cerebral. A mí me gusta ser Profesor, Fisioterapia es un complemento, yo empecé en el 2004 a trabajar con niños con parálisis cerebral.

5 ¿Cuántos años hace que trabajas con niños con Parálisis Cerebral en esta institución?

Va a ser el 3er. Año, 2008, 2009 y este es el tercer año.

6 ¿Cuáles son las características del centro donde trabajas?

Es una escuela y como tal se tratan de hacer las cosas típicas de la escuela, tener un recreo, que antes no lo tenían, ahora por suerte lo hay, trata de hacer lo de la escuela con las características de los niños, a veces se transforma en una clínica, pero no es una clínica es una escuela que trata de apuntar..... Yo las actividades que hago son más bien de escuela, a veces me apoyo en la fisioterapia, pero no hago rehabilitación, no hago.

¿Cómo ordenan los grupos?

Es bastante complicado, se ordenan los más grandes por edad, porque hace mucho tiempo que están juntos, hay de dos años hasta quince. Hay un grupo que son los severos, severos, dentro de la escuela especial, hay un grupo especial.

Hay un taller que son mayores de 40, perdón que son mayores de 15 hasta 40 años, no se los desvincula de la escuela porque no tienen otra posibilidad de ingreso a otras

Instituciones. Pero básicamente se agrupan por edades, no se agrupan por discapacidad, si hay un criterio de potencialidades, es decir en una clase uno que camina, que ayuda, sino la maestra está un poco sola. Se busca que no queden muy desbalanceados los muy comprometidos, como forma de estimular aquellos grupos que son con un nivel superior se le coloca a un más disminuido como forma de potenciarlo, eso de la zona de desarrollo próximo. Primaria 2 tiene gurises de 12, 13 años, pero básicamente es por edades.

7 ¿Cuáles son los objetivos que te propones en el trabajo con niños con Parálisis Cerebral?

Depende la edad, los más chicos, preescolares darle mayor posibilidad de estímulo, estímulos que no tuvieron por su propia discapacidad, cuestión que ese niño pueda apropiarse de mayores experiencias. A los más grandes trabajo en función de los objetivos que tengo para esa clase, como un niño normal. Básicamente es esta diferencia, lo más chicos se estimulan lo más posible en forma individual generalmente o colectiva, pero es trabajo uno a uno. Obviamente y los más grandes una clase normal.

8 ¿Cómo planificas los objetivos?

Depende de los objetivos del centro, acá hay un proyecto de Centro que es la comunicación y tá, si la comunicación y obviamente es en función del proyecto de centro de la escuela, después en función....., no existe un programa de primaria para escuela especial, yo adapto el programa de primaria y después adapto al proyecto de centro. Obviamente no lo vamos a poner a jugar al futbol si está en silla de ruedas, se trabaja con el programa de primaria, es una escuela.

9 ¿Qué actividades realizas con los niños para alcanzar los objetivos que te propones?

Muy variadas, básicamente son pocas actividades deportivas, con lo grandes estamos haciendo de a poco actividades deportivas, muchas actividades recreativas y con los chicos estimulación, cambio de ritmo, variar las posiciones, muchas canciones, canciones rítmicas. Pero las actividades son variadas porque como abarcan tantas..... de los dos años hasta los cuarenta y cada niño según su discapacidad vive su experiencia como un adolescente, como un preescolar, trabajo lo mismo que en la escuela, adaptándolo, en esta escuela tengo otras posibilidades porque todo tipo de materiales, todo lo que quiera, bicicletas, sábanas, hamacas paraguayas, balones, grandes balones, hay de todo. En la escuela común no hay esas cosas, yo acá tengo todo lo que yo precise, lo que se me ocurre, conos yo que sé.

10 ¿Qué entiendes por discapacidad? ¿Cómo puedes conceptualizar el término?

Discapacidad es una situación, está en función de las características personales de cada individuo, por ejemplo: ciego, pero también tiene que ver con el contexto, la

discapacidad se vierte si hay barreras que marquen esa discapacidad, por ejemplo un discapacitado motriz puede desarrollar perfectamente su vida normal, si se dan las condiciones adecuadas, depende del contexto donde se mueve.

5 entrevistado

1) ¿En qué año te recibiste de profesor/a de Educación Física?

Terminé de cursar la carrera en el 2009, me falta la Tesis pero cursé todo.

2) ¿Tuviste formación en el área de la discapacidad durante tu formación? Cuéntame un poco sobre la misma

Si, en el último año que yo cursé tercerovera el último año que iba a haber formación en el área de la discapacidad en el ISEF, tengo entendido que no hay más. Yo fui la última generación que recibió el curso.

¿Tu Plan de Estudios de cuántos años era?

De cuatro años.

El curso se basaba más que nada, una de las cosas que hay que tener en cuenta en la discapacidad que hay una diversidad de realidades enormes, cuando hablamos de niños de 12 años, hablamos de más o menos que todos andan en un rango de cualidades, y acá es totalmente distinto, mismo en un síndrome de Down hay diversidades. Lo que se basó la formación que yo tuve es justamente tratar de enfatizar la diversidad de las realidades, todo lo que es la parte motriz, la lateralidad, tanto la derecha como la izquierda, que es algo que por más que vos lo sigas trabajando, siempre está en duda por parte de ellos. Bueno también tuve formación en el área motriz, yo estoy trabajando en discapacidad intelectual, lo motriz trabajo todo lo que es movimiento, camino de aparatos, pararse en la silla de ruedas, realizar movimientos con los miembros inferiores como superiores. Es un tema bastante amplio, complejo.

3 ¿Realizaste cursos de actualización en el área de la discapacidad? ¿Qué tipo de cursos? Actualización, especialización, otros.

Si en el Centro que trabajo ahora es una realidad bastante difícil de abordar, tanto en la piscina como en el gimnasio, sobre todo en el área de ciegos. De actualización, sobre todo de ciegos.

4 ¿Cuántos años hace que trabajas con niños con Parálisis Cerebral?

Este es el cuarto año, no tres años y medio, antes trabajaba en AEBU, cuando trabajé en la Intendencia con un grupo más chiquito, son los lugares que me permitieron desenvolverme en esta área.

5 ¿Cuántos años hace que trabajas con niños con Parálisis Cerebral en esta institución?

Tres años.

6¿Cuáles son las características del centro donde trabajas?

Se dedican a trabajar toda el área de diagnóstico, hay un trabajo intelectual, hay una maestra que trabaja con ellos todo el tema de lenguaje, escritura, es un apoyo, hay una psicóloga, hay un área de música, un área de manualidades, eso son las cosas que yo se que más o menos hay.

7¿Cuáles son los objetivos que te propones en el trabajo con niños con Parálisis Cerebral?

La realidad en gimnasio o la piscina no varía mucho, de repente tengo uno que tiene 12 años y de mentalidad 5, entonces es casi lo mismo.

Nosotros trabajamos todos juntos, es muy heterogéneo, a la hora de la exigencia es bastante parecido, porque no se destaca, va a depender mucho de su intelecto personal y no de la edad que se esté. Hay uno que tiene 16 años y tiene un intelecto que le permite realizar unos ejercicios complejos y uno de 40 tiene un intelecto muy menor y no le permite realizar cosas complejas.

8¿Cómo planificas los objetivos?

Lo planifico en función del centro y del programa de educación física, adaptado a la realidad de los chiquilines que tenés, lo planifico en función al centro porque son quienes conocen a los chiquilines. Al principio del año me dan el diagnóstico y si ingresa alguno nuevo también lo hacen, me explican en qué condiciones está toda la evaluación que hizo la psicóloga, a partir de saber en qué condiciones está ese chiquilín es que empezamos a hacer todo el trabajo que va determinado a eso.

¿El trabajo es grupal?

Si es grupal, son 20 o 25 en una clase a veces son menos cuando llueve.

Yo soy el único profesor de educación física, después vienen maestros auxiliares que me ayudan.

9¿Qué actividades realizas con los niños para alcanzar los objetivos que te propones?

Si mi idea es trabajar la lateralidad utilizo pelotas, utilizo bastones, jugar con la pelota con la mano derecha, jugar con la pelota con la mano izquierda, primero preguntamos si se acuerdan cual es la derecha y cuál es la izquierda.

Yo trabajo desde un área que se vayan formando un poco mas corporalmente, a medida que avanzan para mí hay una recuperación.

10¿Qué entiendes por discapacidad? ¿Cómo puedes conceptualizar el término?

Discapacidad es algo como la falta de capacidad, falta de capacidades, no podemos hablar de capacidades diferentes, todos tenemos capacidades diferentes.

Discapacidad es falta de capacidad, que puede ser intelectual o motriz y a veces en carácter de síndromes.

6 entrevistado

1 ¿En qué año te recibiste de profesor/a de Educación Física?

En 1987, era un plan de estudios de tres años, yo ingrese en el 85 y termine en el 87.

2 ¿Tuviste formación en el área de la discapacidad durante tu formación? Cuéntame un poco sobre la misma

No, solo tuvimos que presentar una monografía con respecto al tema discapacidad, pero no tuve cursos, solo esa monografía, no abarcaba ninguno de los síndromes, ni patologías, ni discapacidades específicas, era un tema dentro de la materia educación física especial.

3 ¿Realizaste cursos de actualización en el área de la discapacidad? ¿Qué tipo de cursos? Actualización, especialización, otros.

Sí, tengo otra formación que es la formación de fisioterapéutica, y el haber pasado por Pereira Rosell que recibe prácticamente todos los problemas de los niños del interior me llevo a tener mayor inquietud de conocer un poco más en esta área, después cuando entre al Ministerio, existía el Centro de Rehabilitación Carlos Gardel, yo quería salir un poco del sistema educativo de educación primaria y busque potenciar las 2 profesiones en algo que sea útil y bueno y pedí traslado e ingrese por concurso de ranking para trabajar al centro y bueno ahí me encontré con la realidad neta del discapacitado a partir de ahí me empecé a formar con compañeros que tenían experiencia, realice cursos en Argentina y actualizaciones en forma permanentes. Los más actuales son el de Entidades Educativas Múltiples, que lo estude en el IPES a través de la fundación. Después realice el de Discapacitados Motrices que también lo realice en el IPES a través de ANEP.

4 ¿Cuántos años hace que trabajas con niños con Parálisis Cerebral?

Desde el 2000 hasta la fecha.

5 ¿Cuántos años hace que trabajas con niños con Parálisis Cerebral en esta institución?

En la escuela desde el 2006.

¿Cómo llegaste a la escuela 200?

Fue por un traslado desde el centro de Rehabilitación Carlos Gardel, el ministerio considero por X motivo el pasaje mío a esta escuela específica.

6 ¿Cuáles son las características del centro donde trabajas?

La escuela tiene un proyecto que es la comunicación en las actividades de la vida diaria, buscando la autonomía del niño, partiendo de ese proyecto macro de la escuela el

maestro tiene proyectos áulicos, lo que hemos tratado en estos años es que las propuestas de educación física estén en el mismo hilo conductor que la escuela espera para todos sus alumnos por lo tanto tenemos que tener un relacionamiento con los otros equipos de trabajo.

7 ¿Cuáles son los objetivos que te propones en el trabajo con niños con Parálisis Cerebral?

Todos los años reviso mis objetivos.

Este año específicamente la dirección escolar me puso a trabajar con el Equipo de dos maestras que son las que trabajan con mas retos en cuanto a la discapacidad, mas retos múltiples en cuanto a la discapacidad, son discapacitados especiales múltiples, que no solo tienen Parálisis Cerebral, tienen otras discapacidades.

Entonces partí del Proyecto de Centro Escolar y acordamos con las maestras cuales eran los proyectos áulicos en común que tenían cada maestra entonces yo focalice mis proyectos al de ellas. Caminando juntos es uno de los proyectos que tiene que ver con la parte del movimiento y sensibilidad. Otro es el de Cuentos Motores y Juego, pero no me salgo de los libros que las maestras trabajan en el aula, entonces tratamos la misma propuesta de lectura o de aprendizaje que hacen la maestra, yo lo hago con el juego o con el sistema corporal con el niño.

Esta focalizado al centro, otros años evaluábamos y realizábamos un proceso del niño mas a la rehabilitación, mas focalizado al proyecto de la Fisioterapeuta, hoy esta mas al proyecto de las maestras.

8 ¿Los objetivos los planificas en función de las características del centro donde trabajas?

Los objetivos dependen de cada niño por lo tanto hay varios, partiendo de los dos proyectos, el primer objetivo que busco es que el niño vivencie el juego, la mayoría de los niños no han pasado por la vivencia corporal del juego, ese es el principal objetivo para trabajar tanto en el Ministerio como a la dirección de la escuela, y desde ahí se desprenden todas las otras nociones que trabajan las maestras, no las familias de movimiento, los colores, una maestra tiene el proyecto de la Biodiversidad, no ponemos limites, barreras tratamos de acompañar el proceso.

9 ¿Qué actividades realizas con los niños para alcanzar los objetivos que te propones?

Este año está bastante complicado porque no contamos con un espacio específico, la escuela tiene muy buena voluntad, cuenta con una sala completa pero todos tenemos que compartir la sala, adaptaciones curriculares y espaciales lo tenemos siempre. Tiene un patio donde yo a veces llevo a los niños y aunque no lleguen con la pelota a tocar la red igual ellos te dicen estoy jugando al Básquet y esto los hace partícipe del juego y eso nos hace

que re signifiquemos nuestra tarea. A veces se hace difícil coordinar, tenemos el salón de clases y/o la sala, la escuela está muy bien equipada pero tiene una gran carencia de espacio, no es lo que nos gustaría pero es lo que hay.

10 ¿Qué entiendes por discapacidad? ¿Cómo puedes conceptualizar el término?

Es un concepto que uno siempre se lo está reflexionando, nos planteamos capacidades diferentes, partimos que es una persona diferente que tuvo una problemática previo al parto, durante el parto, después del parto o en alguna etapa de su vida que le toco pasar. Todos somos potenciales discapacitados. Todos tenemos una situación que nos puede catalogar como tal. No tengo un concepto que lo defina, se que la OMS la maneja bien, la tiene bien catalogada.

Es un patología que alguien le toco pasar por su vida y hay que ayudarla a potenciar lo que tiene. Pienso que si existe una definición pero no me cierro a un concepto tiene que estar revisándose, sino tengo que partir de la Capacidad, Dis, es algo que me replanteo para llevarlo a los equipos donde me toca trabajar.

7 entrevistado

1 ¿En qué año te recibiste de profesor/a de Educación Física?

En el 1975, y era un plan de estudio de 4 años, era un preparatorio, primero, segundo y tercero en esa época no existía el preparatorio de hoy en día quinto y sexto.

2 ¿Tuviste formación en el área de la discapacidad durante tu formación? Cuéntame un poco sobre la misma

No, no fue muy somero, no existía curricularmente la materia, lo único que tuvimos fue una clase abierta en una escuela que está al lado de Tres Cruces, al lado de una Iglesia que hay, en esa escuela había una profesora de Ed. Física dando una clase, nos llevaron para mostrarnos como era la clase de educación física con discapacitados, fue la única actividad que tuvimos, el contacto con la discapacidad.

3 ¿Realizaste cursos de actualización en el área de la discapacidad? ¿Qué tipo de cursos? Actualización, especialización, otros.

Cursos oficiales no, cursillos esporádicos, porque prácticamente en esa época lo único que se consiguió fue pero no había convenios con el IMS (Instituto Magisterial Superior), algunos profesores consiguieron pero no en forma oficial, en forma personal, a mí no me tocó pero sé que hicieron 3 o 4, pero después comentando con ellos era muy mas sobre todo teórico y no era práctico, la capacitación en el área de la discapacidad.

4 ¿Cuántos años hace que trabajas con niños con Parálisis Cerebral?

Acá empecé como hace 25 años.

Eso fue de sorpresa para mí porque yo ya había trabajado en una escuelita con discapacidad, y yo estaba buscando trabajo y llegué ahí.

Me acuerdo que cuando me paré frente a un grupo me puse muy nervioso y eso que fue para presentarme, pero es como trabajar con cualquier persona, es lo mismo.

En las dos escuelas son grupos muy heterogéneos, no tienen PC específica tienen otras cosas más por eso es difícil plantear el trabajo, te cambia cuando llegas a la práctica tenés que cambiar todo lo que tenías planificado, se te va, es casi imposible cuando son grupos bien heterogéneos, si vos tenés un grupito que todos tienen la misma patología es más fácil, poder marchar mejor, trabajo hace 25 años en el CEI, la otra escuela que todavía está se llama Idemis, que también es para niños discapacitados. Casi todas eran maestras jubiladas igual que en el CEI.

En el CEI lo mandaron tres maestras que trabajaban en primaria en el área, en esa época la que está de Directora era subdirectora en esa época. Sí 25 años cumplí en febrero por ahí.

5 ¿Cuántos años hace que trabajas con niños con Parálisis Cerebral en esta institución?

Hace 25 años, al principio trabajamos gimnasio y pileta, en AEBU, sobretodo y después nos dedicamos a la parte de hidroterapia, más que nada porque era piscina climatizada.

En general van a la piscina los grupos que son bastante independientes. Siempre va alguno que necesita cuidado y ayuda pero por lo general van los que se pueden trasladar solos.

6 ¿Cuáles son las características del centro donde trabajas?

¿En general?

Si.

En este caso la escuela está administrada por padres, la parte económica la consiguen los padres, ahora ha cambiado mucho porque han hecho convenios con el INAU y ese tipo de convenio se ha ampliado bastante tipo talleres, el local también ha ido cambiando y consiguió un préstamo y ha podido reinstalarse ahí en Agraciada, lo ampliaron y lo refaccionaron, instalaron un lavadero en convenio con una ONG, trabajaban los niños, lo que se mantiene seguro es el taller que hacen dulces y eso para vender. Es un centro de apoyo privado que está avalado por primaria, trabajan maestras que generalmente son jubiladas.

7 ¿Cuáles son los objetivos que te propones en el trabajo con niños con Parálisis Cerebral?

Al principio planificaba pero ahora en forma general para las características de estos grupos es la heterogeneidad y otra es que no puedes hacer un trabajo progresivo porque te faltan por diversos motivos, por enfermedad a veces faltan un año y vuelven a aparecer. Faltan por cantidad de motivos, económicos, pero tienen becas a veces están un tiempo y desaparecen, no concurren, entonces no puedes hacer un trabajo que vayas viendo los avances, el progreso.

8 ¿Los objetivos los planificas en función de las características del centro donde trabajas?

En la escuela se trabaja la recreación, no la rehabilitación. Igual si hay un problema tratas de trabajar el problema, puedes mejorar la descompensación con el trabajo. Pero en general es, poner énfasis en la recreación mediante juegos con materiales didácticos, pelotas y en el agua.

9 ¿Qué actividades realizas con los niños para alcanzar los objetivos que te propones?

En gimnasio es mínimo porque ya te digo que se dejó de hacer, vamos a la piscina, y ahora hace poco vino un niño que no puede hacer pileta y hace gimnasio pero el sólo, en el Armenio.

Pero la actividad básicamente es pileta, en general los que veo que pueden hacer traslados, en general arranco sacándole el miedo al agua que tengan contacto con el agua, muchos nunca lo han tenido, los voy llevando de a poco, los que pueden que hagan traslados en el agua, los más avanzados, hacen carreras entre ellos, pero en general tenés que enfocarte a los que tienen más problemas, aunque el grupo sea grande, tenés que estar con 10 ojos, el tema de la seguridad es muy importante, tengo auxiliares pero en general yo soy el único profe y tengo varios auxiliares femeninos y masculinos pero igual estoy con 10 ojos por la seguridad. En el vestuario ayudamos buscando la autonomía, es muy importante porque seguimos el trabajo de la escuela, es una de las características, reforzamos el trabajo de la escuela y siempre hay que trabajar con buen humor porque es una manera de lograr buena interacción con el otro, que es básico porque si no se te dificulta, con todas las personas te lleva un tiempo comunicarte y lograr esta conexión. Esto es importante para todo, a veces te lleva un año quizás, pero es muy importante, es la clave.

Los profes tenemos la parte pedagógica y nos dedicamos a la persona y no al músculo separado o a la articulación. Por eso es importante el acercamiento con la persona, pero te lleva tiempo. Yo bromeo mucho en todas las actividades y es muy fácil para interactuar con el otro.

10 ¿Qué entiendes por discapacidad? ¿Cómo puedes conceptualizar el término?

Es amplio, de afuera uno piensa que sabe pero si no la vive de adentro y es tan amplio viste.

Fíjate yo tenía los grupos de la escuela y cuando llegué acá tenía que ver pero era distinto tenés APRI, OMPRI, Asociación Down que por lo que me contaron cada uno está por la de él en lugar de juntarse y trabajar todos juntos. En vez de juntarse para conseguir cosas ¿no?

Todos los días ves y aprender sobre la problemática de la discapacidad. La clave es tener abierta la cabeza para todo.

Uno aprende todos los días y te gratifican cositas chiquitas.

Muchas veces haces de psicólogo y es lo que ellos necesitan hablar, contarte algo, cosas que parecen chiquitas pero son importantes.

8 entrevistado

1 ¿En qué año te recibiste de profesor/a de Educación Física?

En 1997, era un plan de 4 años.

2 ¿Tuviste formación en el área de la discapacidad durante tu formación? Cuéntame un poco sobre la misma

No, no tenía cursos de discapacidad.

3 ¿Realizaste cursos de actualización en el área de la discapacidad? ¿Qué tipo de cursos? Actualización, especialización, otros.

Si realice algún curso privado, o algún curso que organizan centros que se especializan a trabajar con discapacitados. Pero no mucho es bastante poco lo que hay, tenés que moverte y relacionarte para enterarte.

4 ¿Cuántos años hace que trabajas con niños con Parálisis Cerebral?

Este es el tercer o cuarto año, no tres años que trabajo en esta institución y con el niño tres años.

5 ¿Cuántos años hace que trabajas con niños con Parálisis Cerebral en esta institución?

Tres años.

6 ¿Cuáles son las características del centro donde trabajas?

Es una escuela, la única diferencia con una escuela pública es que esta es privada, pero las características son las de cualquier escuela.

7 ¿Cuáles son los objetivos que te propones en el trabajo con niños con Parálisis Cerebral?

Los mismos que cualquier otro niño, el gusto por el movimiento, mejorar las capacidades condicionales, coordinativas, yo adapto algo que el niño no pueda realizar. Pero básicamente hace todo sin inconvenientes.

8¿Cómo planificas los objetivos?

Los planifico en base al programa general de primaria yo me guio en base al plan de primaria.

9¿Qué actividades realizas con los niños para alcanzar los objetivos que te propones?

Realizo caminos de aparatos, trabajos con pelotas, cuerdas, bastones, mini tenis, deportes adaptados.

10¿Qué entiendes por discapacidad? ¿Cómo puedes conceptualizar el término?

Es algo complejo, es cuando la persona se sale de los patrones de normalidad, pero no se es complicado hablar de normalidad porque caemos en un dilema, no sé bien es algo que cambia según las circunstancias pero no sé.

Observación 1:

Observación realizada el 25 de mayo del 2010, en el horario de 12:20 a 13:00 hrs.

Asisten a la clase 16 niños de los cuales 7 son mujeres y 9 son varones.

Materiales: pelota de tenis, conos, música, pelota de futbol y basquetbol.

La clase se desarrolla en un gimnasio muy amplio con muy buena ventilación e iluminación. El mismo tiene marcado las líneas de basquetbol en el suelo y posee 2 tableros principales en los extremos del mismo y varios anexos. Además posee espaldares, bancos suecos y varios ventanales, el piso es de parquet.

El profesor tiene muy buena relación con los niños, ellos lo respetan y atienden a las consignas que él propone.

Comienzan la clase todos en el centro y el profesor les da una pelota de tenis a cada uno, antes de explicar la consigna el pregunta cuál es la mano derecha y cuál es la mano izquierda y todos demuestran de manera correcta. Luego explica que deben de ir caminando por el gimnasio y tienen que lanzar y recibir con la mano derecha, el no solo lo explica verbalmente sino que lo demuestra y les pide que lo hagan en el lugar para ver si entendieron bien la consigna. Todos empiezan a caminar por el gimnasio lanzando y recibiendo con la mano derecha. El docente observa como realizan la tarea y en los casos que son necesarios los corrige.

Se puede observar la cooperación entre ellos ya que se ayudan unos a otros, es decir uno que es Down ayuda a un ciego, lo guía.

Ahora el docente pide que hagan lo mismo con la otra mano, lo vuelve a explicar y a demostrar.

Luego les reparte un cono a cada uno y tienen el cono en la mano derecha y la pelota en la mano izquierda, les vuelve a preguntar en que mano esta el cono y en que mano esta la pelota y les explica que deben embocar la pelota dentro del cono y les demuestra cómo se hace. Todos caminan por el gimnasio realizando la consigna solicitada. Luego cambian los materiales de mano y realizan la misma consigna, antes el docente les explica y demuestra cómo se hace. El docente se para desde un punto de vista estratégico, así puede observar a todos los niños.

En esta instancia un alumno no sigue las consignas y entonces el docente le dice a un auxiliar que camine con el por todo el gimnasio, el auxiliar actúa como guía del niño, ya que el mismo es ciego.

Al instante cambia la consigna y les pide que lleven la pelota con el pie y el cono con la mano. Siempre luego de la explicación viene la demostración por parte del docente, y

trata de reforzar el aprendizaje preguntando varias veces si se entendió y que muestren lo que el pidió.

Luego les solicita que hagan lo mismo pero trotando al ritmo de las palmas.

Después se pide que traten de lanzar y recibir trotando, es decir lanzan con la mano derecha y reciben con la mano izquierda que tienen el cono, inmediatamente hacen lo mismo pero cambian de mano los materiales, algunos no pueden trotar y el docente les dice que caminen más rápido o simplemente que caminen.

Guardan la pelotas y los conos, el docente divide la cancha, dándole a la mitad de la cancha la pelota de fútbol y a la otra mitad la de basquetbol, el les dice que tienen libre pero que todos tienen que jugar a algo.

Observación 2:

Observación realizada el 1 de junio del 2010, en el horario de 13:15 a 13:50 hrs.

El lugar donde se desarrollo la clase de Educación Física fue en una primera instancia en un salón de clases y en la segunda instancia en un corredor de la escuela.

La cantidad de niños eran 3, de las cuales 2 eran niños y 1 era niña.

Materiales: sillas.

El salón de clase tiene una puerta amplia de manera que puedan pasar las sillas de ruedas, tiene ventanales y varios bancos adaptado para cada niño.

En el mismo se hicieron 2 canciones: la canción del cuerpo, la cual el docente cantaba y los niños repetían la canción y la otra canción fue la del poqui poqui, con distintas consignas, el docente les planteo con la cabeza, con las orejas, con los brazos, con las piernas, con la lengua y con todo el cuerpo. El docente canta un pedacito de la canción y muestra, y ellos repiten. Se nota que los niños realizan estas canciones en varias instancias ya que no presentan inconvenientes y se la saben bien.

Luego los niños se trasladan hacia el corredor de la escuela y uno de los niños ayuda a una niña que está en silla de ruedas.

El docente pone 7 sillas dividiendo el corredor a la mitad, de un lado se pone la niña que está en silla de rueda con un niño que la ayuda, del otro lado se pone un niño en silla de rueda que no necesita ayuda. El docente les explica que van a jugar a hacer carreras respetando los límites y las fronteras, les explica por donde deben de ir y que tienen que salir cuando él diga "¡prontos listos ya!", y que se gana cuando se llega a la última silla, el luego que termina de explicar les demuestra cómo es que se hace y en el momento que se sale.

En la primera instancia dice pronto listo y papa frita y los niños salieron igual, el les dice que no tenían que salir y les pregunta cuando era que se salía y ellos responden cuando vos digas prontos listos y ya, de esta forma refuerza el trabajo de las reglas.

Luego les dice prontos listos y llave, prontos listos y llama, prontos listos y zanahoria y prontos listos y zapallo y ahí va variando y detecta si los niños comprendieron o no la consigna, siempre que salen cuando no es el momento el docente les pregunta en qué momento se debía salir. Varias veces ellos salen aunque no se la consigna y el docente los para y les pregunta cuál era la consigna inicial y ellos saben que es prontos listos y ya.

La maestra en todo el transcurso de la clase se queda con el docente ayudándolo en alguna instancia.

Luego de finalizada la clase los alumnos vuelven a su salón de clases con su maestra.

Observación 3:

Observación realizada el 1 de junio del 2010, en el horario de 18:30 a 19:30 hrs.

La clase se realiza en la piscina.

La cantidad de niños eran de 3, siendo todos varones.

Materiales: tablas y flotadores

Es importante resaltar que esta clase si bien empieza a las 18:30 hrs; el horario de clase se hace muy corto ya que ellos le dedican gran parte de la misma al vestuario, aspecto no menos importante ya que ahí aprenden varias cosas de la vida cotidiana.

Cuando están todos prontos van a la piscina, el docente se queda en el borde y ellos dentro de la misma.

Comienzan la clase trabajando traslación, con la ayuda de materiales, en este caso tablas, ellos van desde un extremo de la piscina al otro y el docente se queda en el borde de la piscina. Éste explica la consigna, les dice que van a trasladarse haciendo patada y en las manos van a llevar la tabla, el lo demuestra desde afuera del agua, los niños lo realizan sin problemas.

Luego, en la parte más profunda de la piscina dejan la tabla en un extremo y practican la patada tomados del borde, el docente los corrige. Vuelven a realizar el traslado con la tabla volviendo hacia la parte baja, dejan la tabla y practican nuevamente la patada tomados del borde. El docente los acompaña en todo el trayecto, desde que van hacia la parte más profunda y cuando vuelven también.

Al instante, realizan traslados de espalda, lo realizan dos veces, el profesor les demuestra cómo se debe poner la tabla, ellos atienden y enseguida realizan la consigna.

Cuando vuelven a la parte llana practican flotación tanto ventral como dorsal. El docente explica la consigna y lo demuestra fuera del agua.

Los últimos instantes de la clase constan en juegos que ellos eligen. Cuando es la hora el docente les avisa que finalizó la clase e inmediatamente los niños salen del agua demostrando que tienen claro las reglas.

Observación 4:

Observación realizada el 15 de junio del 2010, en el horario de 13:15 a 13:50 hrs.

El lugar donde se desarrollo la clase de Educación Física fue en una primera instancia en un salón de clases y en la segunda instancia en un corredor de la escuela.

La cantidad de niños eran 5, de las cuales 3 eran niños y 2 eran niñas.

Materiales: sillas y pelotas.

En el salón de clases se hicieron 2 canciones: la canción del cuerpo, la cual el docente cantaba y los niños repetían la canción y la otra canción fue la del poqui poqui, con distintas consignas (orejas, brazos, etc.).

Luego el docente les dicen que van a jugar a hacer carreras en el corredor de la escuela.

El docente pone 2 sillas al final del corredor, les hace formar dos filas, de un lado se pone la niña que está en silla de rueda con un niño que la ayuda, y otra niña, del otro lado se pone un niño en silla de rueda que no necesita ayuda y otro niño. El docente les explica que van a jugar a hacer carreras, les explica por donde deben de ir y que tienen que salir cuando suene el silbato y que se gana cuando todos hayan pasado por atrás de la silla. Él le pide a uno de los niños por donde se debe ir.

Luego de jugar varias veces, propone jugar al distraído con la pelota, todos se ponen en círculo y empiezan a lanzarse la pelota.

La maestra también juega con ellos en esta instancia y se puede observar la alegría de los niños reflejada en la actividad.

Observación 5:

Observación realizada el 16 de junio del 2010, en el horario de 15:00 a 16:00.

Materiales utilizados: pelotas, conos, aros, cuerdas y banco zueco.

En la clase asistieron 16 niños, de las cuales 7 eran niñas y 9 varones.

La clase comienza con una mancha con pelota, donde hay dos manchadores y uno que libera, la realizan varias veces cambiando a los manchadores.

Lugo se plantea distintas estaciones, en la cual presenta cinco ejercicios distintos.

En la primer estación, la consigna es lanzar la pelota contra la pared y agarrarla, el niño que tiene Parálisis Cerebral, muchas veces deja picar la pelota y luego la toma.

En la segunda estación, debían saltar en aros, con uno y dos pies; el niño que tiene Parálisis Cerebral lo realiza sin mayores inconvenientes, a veces en lugar de saltar con un pie apoya los dos.

En el tercer ejercicio, la consigna era pasar por un banco zueco, traccionando, la docente ayuda a este niño sin dejar de prestarles atención a los demás.

En la cuarta estación, debían picar haciendo zig zag entre los conos; dicho niño muchas veces no lo hace y cuando la docente le llama la atención lo realiza de manera correcta.

La última estación consistía en realizar conejito sobre unas cuerdas, en este ejercicio el niño no presentaba dificultades para realizarlo.

En la parte final de la clase, estiran la musculatura trabajada, dicho estiramiento es dirigido por los alumnos.

Luego de esto se les da 10 minutos de libre, donde algunos juegan y otros se sientan.

Observación 6:

Observación realizada el 17 de junio del 2010, en el horario de 18:30 a 19:15.

En la clase asistieron 2 niños, una niña y un niño.

La clase se realiza en la piscina.

Los materiales fueron tablas, flotadores.

En esta instancia en la clase había 2 docentes 1 trabajaba con el niño y otro con la niña. El varón realiza traslados de un extremo al otro de la piscina, primero con tabla y luego sin ella, haciendo perrito.

La niña esta en el agua con el profesor y comienzan trabajando flotación con ayuda. Luego la niña camina con ayuda del profesor en la parte baja de la piscina. Los dos docentes están atentos a todas las actividades y como se desarrollan las mismas. La madre de la niña también está dentro de la piscina y observa todo lo que hace el profesor y él le explica a ella ya que muchas veces cuando son más niños la madre es quien ayuda a la niña. Todas las actividades las repite varias veces.

La niña realiza flotación con traslado con ayuda, luego realiza burbujas en el agua, el profesor le muestra como se hace e intenta que ella las haga. Lo repite varias veces.

Después le hacen mover las manos. Culmina la clase con una caminata en la parte llana de la piscina.

El niño se quedo jugando con otros niños que estaban en otros andariveles con sus padres.

Observación 7:

Observación realizada el 20 de junio del 2010, en el horario de 18:30 a 19:15.

En la clase asistieron 3 niños, de los cuales 2 eran varones y una era niña.

La clase se realiza en la piscina.

Los materiales fueron tablas, flotadores y aros.

En la clase había 2 docentes, 1 se dedicaba a los dos niños y el otro a la niña. Los varones comenzaron realizando traslados, primero de forma ventral y luego dorsal. Luego dejan la tabla y realizan traslados sin tabla, perrito, uno de los niños realiza brazadas. El docente observa muy atentamente la actividad que realizan los niños y los corrige.

La niña esta en el agua con su madre y el docente, la madre recibe indicaciones del profesor, comienzan trabajando flotación con ayuda de su madre, el docente le indica a la madre como debe de tomar a la niña, el docente le muestra y luego la madre hace lo mismo. Luego la niña camina con ayuda de la madre en la parte menos profunda de la piscina, siempre recibiendo las indicaciones del profesor, el cual está al lado de ellas, atento a lo que hace la madre y la niña.

La niña realiza flotación con traslado con ayuda de su madre, el docente observa y le habla a la madre.

Luego la hacen caminar en la parte baja, con ayuda de su madre.

Los varones practican flotación tanto ventral como dorsal.

Los últimos minutos el docente los deja jugar y ellos se tiran desde el borde y luego toman una pelota y la tiran de un lado al otro y la van a buscar, la niña camina un rato más y luego la ayudan a salir de la piscina donde está la silla de ruedas.

Observación 8:

Observación realizada el 22 de junio del 2010, en el horario de 18:30 a 19:15.

En la clase asistieron 3 niños, todos eran varones.

La clase se realiza en la piscina.

Los materiales fueron tablas, aros y pelotas.

En esta instancia en la clase había 1 docentes el cual se colocó en el borde de la piscina y los 3 niños dentro de la misma. Los niños comenzaron la clase con traslados desde el extremo que dan pie hacia el más profundo y vuelven nuevamente al mismo extremo. Van haciendo patada hacia el borde más profundo y cuando llegan al borde realizan patada en el mismo, luego de realizarlo un rato se trasladan hacia el otro extremo haciendo patada con la tabla, algunos realizan alguna brazada. El docente explica la consigna y lo demuestra afuera de la piscina, ellos lo realizan sin dificultades. Siempre que se comienza el ejercicio hay una explicación verbal y una demostración por parte del

docente, en algunos casos les pide a los niños que lo demuestren. El docente observa atentamente y en algún momento interrumpe la clase para volver a explicar, y lo vuelven a repetir.

Practican flotación dorsal y ventral, un niño no se anima y el docente le habla y el intenta hacerlo.

Luego practican saltos al agua, tanto bolita como por dentro de un aro, todo lo realizan en la parte profunda de la piscina.

Luego lo mismo poniendo tablas en el borde de la piscina y en cuclillas deben ingresar al aro.

Termina la clase con juegos con pelotas.

Observación 9:

Observación realizada el miércoles 23 de junio del 2010, en el horario de 15:00 a 16:00.

Materiales utilizados: pelotas, conos y aros.

En la clase asistieron 15 niños, de las cuales 7 eran niñas y 8 varones.

El lugar donde se realiza la clase de Educación Física fue en un gimnasio propio de la institución educativa. El mismo es amplio pero con poca iluminación, el piso es de hormigón.

La clase comienza con una entrada en calor en la cual realizan la mancha caño, la realizan dos o tres veces cambiando los manchadores.

En la parte principal la docente plantea distintas estaciones, en la cual presenta cinco ejercicios distintos.

En el primero, la consigna es lanzar la pelota y agarrarla, el niño que tiene Parálisis Cerebral, la mayoría de las veces antes de atraparla la deja picar.

En la segunda estación, debían pasar por una viga; el niño que tiene Parálisis Cerebral sube con la ayuda de una silla y la profesora lo ayuda en todo el traslado por la viga, realizando paso junto paso junto.

En el tercer ejercicio, la consigna era realizar saltos entre los aros; el niño que presenta Parálisis Cerebral lo realiza pero no realizando exactamente saltos sino que pareciera como si estuviera corriendo.

En la cuarta estación, debían picar haciendo zig zag entre los conos; dicho niño muchas veces evita hacerlo, cuando la docente se da cuenta le insiste que lo haga pero no lo hace de manera correcta.

La última estación consistía en lanzamientos de la pelota hacia la pared y volver a tomarla; en este ejercicio el niño no presentaba muchas dificultades para realizarlo.

La docente trata de corregir al niño sin descuidar a los demás, aspecto bastante complicado ya que tiene 14 niños más que necesitan de su atención.

En la parte final de la clase, estiran la musculatura trabajada, dicho estiramiento es dirigido por la docente.

Luego de esto se les da 10 minutos de libre.

Observación 10:

Observación realizada el 29 de junio del 2010, en el horario de 18:30 a 19:15.

En la clase asistieron 4 niños, de los cuales tres eran varones y una era niña.

La clase se realiza en la piscina.

Los materiales fueron tablas y flotadores.

En esta instancia en la clase había 2 docentes 1 se dedicaba a los 3 varones y otro a la niña. Los varones comenzaron la clase con traslados desde el extremo que dan pie hacia el más profundo, cuando llegan al borde realizan patada en el mismo, luego de realizarlo un rato se trasladan hacia el otro extremo haciendo perrito, el que puede realiza alguna brazada. El docente realiza la consigna y lo demuestra desde el borde, afuera de la piscina, ellos lo realizan sin mayores inconvenientes. Siempre hay una explicación verbal y una demostración por parte del docente. El observa atentamente como los alumnos desarrollan la consigna y de ser necesario les vuelve a explicar.

La niña esta en el agua con su madre que recibe indicaciones del otro profesor el cual se encuentra parado fuera de la piscina, comienzan trabajando flotación con ayuda de su madre, el docente le indica a la madre como debe de tomar a la niña. Luego la niña camina con ayuda de la madre en la parte menos profunda de la piscina, siempre recibiendo las indicaciones del profesor, el cual está atento a lo que hace la madre y la niña. Los niños realizan traslados de espalda, desde un extremo al otro, volviendo al extremo inicial.

La niña realiza flotación con traslado con ayuda de su madre, luego realiza burbujas en el agua, la madre le muestra como se hace e intenta que ella las haga, siempre con indicaciones del docente.

Después le hacen mover la mano que presenta menos espaticidad, con ayuda de la madre. Culmina la clase con una caminata en la parte llana de la piscina.

Los varones se tiran por un aro, saltando del borde de la piscina a adentro del aro en la parte baja de la piscina.

Luego lo mismo pero en la parte profunda y poniendo tablas en el borde de la piscina y en cuclillas deben ingresar al aro.

Culmina la clase con juegos recreativos.

Es importante resaltar que tanto los niños como la niña trabajan todos en el mismo andarivel.

Observación 11:

Observación del día 2 de julio de 2010 en el horario de 11:30 a 12:15

Niños que asistieron fueron 6, todas mujeres.

Lugar donde se realiza la clase: sala de musculación y gimnasio.

El docente comienza la clase mandándoles hacer bicicleta, algunas realizan bicicletas altas y otras bajas, ya que no alcanzan la cantidad para que todas hagan en las mismas. El docente les corrige constantemente la posición.

Luego de aproximadamente 20 minutos que realizaron bicicletas comienzan con trabajo de brazos en una máquina, el profesor les indica el recorrido del ejercicio y las corrige.

Como la máquina de brazos no alcanzaba para todas otras realizan el trabajo en prensa.

Luego de realizar dicho trabajo la consigna era hacer abdominales, el docente las corrige y les explica cómo es la posición indicada para el ejercicio. Luego van a un gimnasio que queda al lado de la sala de musculación donde realizan una caminanta a distintos ritmos y con distintas consignas que le da el docente por ejemplo les dice que vayan más rápido, más lento, de espalda, etc.

Luego al final de la clase les da una pelota y les deja un rato para que jueguen.

Observación 12:

Observación realizada el 22 de julio de 2010, en el horario de 12:15 a 13.00.

Materiales utilizados: pelotas, sillas, cajones y música.

Niños que asistieron a la clase: siete, de los cuales cinco eran varones y dos mujeres, una de las niñas nunca hace la clase y se pone a jugar con una ayudante utilizando una pelota al costado de la clase, ya que presenta ataques de epilepsia.

La clase se desarrolla en un gimnasio muy amplio con muy buena ventilación e iluminación.

Comienza la clase con un caminata continua, luego el docente pone siete sillas y ocho cajones por toda la clase y les entrega una pelota a cada niño, el docente les explica que tienen que llevar la pelota con el pie derecho y cada vez que se encuentran con una silla deben de pasar la pelota por debajo de la misma y cuando se encuentran con dos cajones enfrentados deben de pasar entre éstos. Él les explica no solamente verbalmente lo

que deben hacer sino que también les demuestra, les hace mostrar a ellos haber si entendieron y luego comienzan la actividad.

Una de las niñas que realiza la clase es guiada por un ayudante ya que es ciega, ella sigue caminando mientras los demás realizan la consigna propuesta, luego la niña es ayudada por el profesor y mientras todos los demás realizan la actividad ella sube y baja la pelota.

Luego los demás realizan lo mismo pero con el pie izquierdo, el docente vuelve a explicar y a demostrar como lo deben hacer y todos comienzan a trabajar sin mayores dificultades. A alguno hay que preguntarle cual es el pie izquierdo y cuando se da cuenta cambia el ejercicio.

Luego cambia el ejercicio pidiéndoles que piquen la pelota por todo el gimnasio y cuando encuentren un aro deben lanzar la pelota intentado embocarla dentro del mismo. Este ejercicio es repetido cambiando de mano.

Culmina la clase con libre realizando media cancha de pelota de fútbol y media cancha pelota de basketball.

Tanto el docente como los ayudantes están muy atentos a como los alumnos realizan la actividad.

