

MODIFICACIONES DIDÁCTICAS Y ORGANIZATIVAS EN LA INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA DE UN CASO DE INTEGRACIÓN: SÍNDROME DE LA TOURETTE

José Manuel Bautista-Vallejo
Universidad de Huelva

1. Algunos pormenores de la integración

Se presentan abundantes y variadas las circunstancias que tienen que ver con una intervención «especial» en el aula, de cara a resolver determinados casos de alumnos con necesidades educativas especiales (NEE), para alcanzar el objetivo final de la integración, la normalización de los espacios y situaciones que le rodean y la consiguiente autonomía con la que se percibe así mismo el sujeto con NEE.

Hablar de integración nos remite a la incorporación de las personas con dificultades especiales a los distintos grupos sociales donde conviven o deben convivir. Esta integración, que es absolutamente necesaria, se encuentra en su proceso de realización con una serie de dificultades que irrumpen como obstáculos en ocasiones difíciles de resolver. Más adelante volveremos sobre estas dificultades de la integración.

Siguiendo lo que M^a. Antonia Casanova (1990) nos indica sobre este tema, pueden señalarse distintos *niveles de integración*:

- *Integración física*: implica cubrir las necesidades de seguridad en un medio determinado: escuela, fábrica, casa, calle, etc.
- *Integración funcional*: supone que la persona pueda utilizar los instrumentos habituales precisos para la vida en los diferentes entornos ya aludidos (diversiones, deportes, transportes, etc.).
- *Integración personal*: es precisa para satisfacer la necesidad de aceptación y afecto en la relación personal dentro de la familia, la amistad, los compañeros, los profesores...
- *Integración social*: tiende a asegurar la dignidad y el respeto que se debe a toda persona integrante del grupo social. Igualmente, debe proporcionar posibilidades de actividad y responsabilidad para todos en la sociedad en que viven.

Todavía en la actualidad existen innumerables problemas por los cuales determinadas personas no pueden afrontar su integración en la Sociedad donde viven. Si nos centramos en

un caso concreto, el del ámbito escolar, hay que señalar cómo no se han *normalizado* todavía muchas de las circunstancias que impiden la integración, como pudieran ser algunas barreras arquitectónicas o, también, barreras relacionadas con los recursos humanos, didácticos y organizativos propios del centro y del aula.

Uno de los principales puntos de partida del ordenamiento jurídico en España para el tema de la integración lo marca la aparición de la Ley 13/1982, de 7 de Abril, de integración social de los minusválidos, entendiéndose por tales a los «disminuidos en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales para su completa realización personal y su total integración social, y a los disminuidos profundos para la asistencia y tutela necesarias» (art. 1). Conceptos y derechos consecuentes a la dignidad que les es propia y que les viene reconocida en la Constitución española de 1978.

En este sentido, es interesante destacar algunos contenidos de esta Ley, porque nos sitúan exactamente ante los derechos y deberes educativos que, en estricta justicia y legalidad, tenemos todos en relación con los sujetos que presentan necesidades especiales. Para ello, toda la Sección Tercera de la Ley 13/1982 se dedica a la educación de estas personas, en sus artículos veintitrés a treinta. Este mismo marco jurídico proyecta su contenido de tal manera sobre la autonomía de los profesores en el desempeño de sus tareas docentes y organizativas, que no es difícil entender hasta qué punto los mismos docentes no tienen el deber, con cierto carácter de independencia, de resolver algunos de los problemas de origen didáctico y organizativo, con tal de conducir las dinámicas de centro y aula a niveles cada vez más altos y profundos de integración y normalización.

Es de destacar que la Ley 13/1982 comienza ordenando que el minusválido «se integrará en el sistema ordinario de la educación general, recibiendo en su caso, los programas de apoyo y recursos» (art. 23) que le resulten necesarios. Los centros escolares apropiados, por tanto, serán los habituales para todo el alumnado, donde se organizarán los programas precisos. Esto se refiere prioritariamente a los niveles educativos obligatorios y gratuitos, que son los encaminados a lograr la plena integración social de la persona.

Recurre la Ley también a una mención al personal adecuado para esta tarea y a otras medidas complementarias, señalando muy especialmente que sólo «cuando la profundidad de la minusvalía lo haga imprescindible, la educación de los minusválidos se llevará a cabo en centros específicos» (art. 27).

Cuando estas vías escolares se han agotado, algo que suele ser muy común, queda la intervención privada que, en la mayoría de los casos, viene a aportar una tranquilidad para la familia en todo el proceso de atención de su hijo, así como una garantía para este niño o niña con una necesidad especial, eso sí, siempre y cuando este servicio privado tenga una adecuada solvencia desde el punto de vista multiprofesional y científico, algo que conviene señalar de todas y cada una de las instancias de intervención recurrentes en el proceso en cuestión.

2. Caso concreto: síndrome de la Tourette

Un caso no demasiado común, pero que puede tener su incidencia, aunque sea mínima, en el entorno escolar, relativo a la intervención para una adecuada integración es el del síndrome o trastorno de la Tourette, cuya frecuencia alcanza los 4-5 individuos cada 10.000. Esto no obsta para que tenga una importancia destacable en el sentido de que quien padece este síndrome presenta trastornos de tics motores, vocales, transitorios u otros no especificados, lo que suele considerarse un problema desde el punto de vista familiar, escolar y social, al tiempo que una serie de trastornos asociados que tienen que ver con determinados problemas de personalidad. Estamos ante un caso poco frecuente, lo que no nos debe llevar a pasar por alto el problema.

Según el DSM-IV (1995: 108-109), los criterios para el diagnóstico del síndrome de la Tourette son:

- A. En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics motores múltiples y uno o más tics vocales, aunque no necesariamente de modo simultáneo. (Tic es una vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico y estereotipado).
- B. Los tics aparecen varias veces al día (habitualmente en oleadas) casi cada día o intermitentemente a lo largo de un período de más de un año, y durante ese tiempo nunca hay un período libre de tics superior a más de tres meses consecutivos.
- C. El trastorno provoca un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo -como puede ser la escolar-.
- D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.
- E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de un fármaco (p. ej., estimulante) o de una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis posviral).

Por otro lado, también el DSM-IV (1995: 107), nos proporciona un conocimiento científico muy útil de cara a la intervención, en lo que se refiere a los síntomas y trastornos asociados, los cuales suelen tener mucha importancia a la hora de la intervención. Es así que los síntomas más frecuentes asociados al síndrome de la Tourette son las obsesiones y las compulsiones. También son relativamente comunes la hiperactividad, la distraibilidad y la impulsividad. Con frecuencia se observa malestar social, vergüenza, excesiva autoobservación y humor depresivo. La actividad social, académica y laboral puede estar afectada por el rechazo manifestado por otras personas y por la ansiedad experimentada al darse los tics en situaciones sociales. En los casos graves de trastorno de la Tourette, los tics pueden interferir directamente en las actividades cotidianas (p. ej., leer o escribir).

Completando esta información también el DSM-IV (1995: 108) aporta lo que considera el curso del síndrome de la Tourette, que puede ser muy temprano, alrededor de los dos años de edad, y suele prolongarse durante la infancia o el inicio de la adolescencia; por definición, se inicia siempre antes de los 18 años de edad. La edad promedio de inicio de los tics motores es a los 7 años. El trastorno suele durar toda la vida, aunque puede haber períodos de remisión que duran semanas o años. En la mayor parte de los casos, la gravedad, frecuencia y varia-

bilidad de los síntomas disminuyen durante la adolescencia y la vida adulta. En otros casos, los síntomas desaparecen por completo, usualmente al iniciarse la vida adulta.

Como ya hemos afirmado, una de las repercusiones que este síntoma tiene más visible es el llamado tic. Los tics son vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos ni estereotipados, que causan un notable malestar por el deterioro que provocan en el campo social, laboral, o según nos interesa ahora, en el campo educativo.

Es por ello que dentro del ámbito educativo y en múltiples ocasiones por el hecho de que estos tics estén teniendo lugar, las dificultades que se le causan a uno de los vehículos de aprendizaje más importantes que existen como la escritura son notables. Al mismo tiempo puede destacarse otros problemas como la aparición de diferentes rotacismos, así como la incidencia de determinados complejos y miedos personales que imposibilitan el normal desarrollo de las relaciones entre sus iguales.

Nos vamos a centrar en algunas de estas problemáticas que tienen su evidente incidencia en el ámbito educativo: disgrafía y rotacismo.

2.1. El trastorno de la disgrafía

La disgrafía es un trastorno funcional de la escritura que afecta a la forma o al significado de la misma. Consiste en una escritura defectuosa sin que haya déficit neurológico ni una deficiencia intelectual que lo justifique. Se presenta en niños con normal capacidad intelectual, adecuada estimulación socioambiental y con ausencia de déficits sensoriales, neurológicos o psicoafectivos graves.

No se debe confundir la disgrafía con retraso en la escritura. La escritura disgráfica tiene una semiología propia, diferente a los retrasos en la escritura. La escritura disgráfica de un niño de 10 años no puede asimilarse por tanto a una escritura propia de un niño de 8 años.

Se puede clasificar la disgrafía en función de varios criterios, lo que se presenta como muy útil a la hora de sistematizar la intervención que necesita el niño con síndrome de la Tourette con problema disgráfico. Tal vez el único inconveniente más grave que puede presentar una clasificación como ésta está en el hecho de la rigidez que presentan o plantean la mayoría de las mismas, derivando en un considerable handicap si se trata de flexibilizar la intervención sobre el problema en cuestión. Una clasificación posible sería, por tanto:

- A) *Disgrafía primaria*: escritura defectuosa, sin que existan causas que no sean las de tipo funcional o madurativo.
- B) *Disgrafía secundaria*: condicionada claramente por un componente caracterial, pedagógico, neurológico o sensorial.
- C) *Disgrafía motriz o caligráfica*: es la letra genuinamente disgráfica, caracterizada por la torpeza y dificultad con que se realiza la escritura.

En el análisis de las posibles causas de la disgrafía, es decir, en la etiología, con frecuencia se observa que no existe un factor único, sino una pluricausalidad del déficit disgráfico. Podrían tener lugar factores madurativos (trastornos de lateralización, de eficiencia

psicomotriz, del esquema corporal y de las funciones perceptivo-motrices, de la expresión gráfica del lenguaje etc.), factores caracteriales (disgrafía caracterial pura, mixta y reactiva y factores de tipo pedagógico.

Pues bien, toda esta información debe ser conocida previamente por el especialista que intervenga en un caso de la Tourette, porque es muy probable que los problemas del tono muscular en la motricidad gruesa y fina y la conducta ticsa, lleven a una de las derivadas del trastorno disgráfico clasificado en alguno de los tipos propuestos.

Una vez diagnosticada y clasificada, la disgrafia es posible una intervención en la problemática detallada, con ejercicios correctores, pero no sólo como ocurría tradicionalmente con la utilización de los métodos caligráficos, sino abarcando también los posibles factores psicológicos intervinientes con una adecuada psicoterapia.

En busca de una reeducación de la escritura disgráfica, los hitos por los que atraviesa la técnica de rehabilitación de la disgrafia son los siguientes:

- A) *Relajación global y segmentaria*: se trata de algo especialmente útil en caso de hipertonia, grafoespasmo o en un trastorno de representación del espacio temporal. También en aquellos casos de un trastorno afectivo el niño disgráfico se beneficia intensamente de la relajación: se disminuye a menudo la ansiedad y la tensión.
- B) *Reeducación psicomotora de base*: permite mejorar las condiciones de equilibrio, rapidez, coordinación, disociación de movimientos, etc. que son parcialmente los causantes del deficiente control para la escritura. Interesa estimular el reconocimiento del esquema corporal, potenciar las actividades de coordinación visomanual y la educación de conductas perceptivo-motrices.
- C) *Reeducación gestual dígito-manual*: permite mejorar la precisión de movimientos manuales, eliminando las sincinesias, favoreciendo la disociación de movimientos digitales y adaptando el sentido del movimiento al ritmo.
- D) *Reeducación visomotora*: mediante esta reeducación se mejora la coordinación oculomanual, tan importante en la escritura. Aquí se emplearán ejercicios de perforado o picado, recortado, modelado y ensartado.
- E) *Reeducación grafomotora*: pretende educar y corregir los movimientos básicos que intervienen en la escritura, que son básicamente rectilíneos y curvilíneos (abiertos y cerrados).
- F) *Reeducación de la letra*: es imprescindible prestar atención a la correcta ejecución de todos los grafemas, empleando el máximo de canales sensoriales.

Todas estas fases de reeducación aquí someramente descritas son de aplicación simultánea porque es factible corregir los déficits psicomotores junto a las deficiencias de escritura.

2.2. Corrección del rotacismo

La dificultad en la pronunciación del fonema /R/ es lo que da lugar a las distintas formas de rotacismo. La regulación del tono muscular de la lengua es el dato más importante y el que suele crear la dificultad en la pronunciación de este fonema.

Se considera que hay distintos tipos de rotacismo, según la causa del defecto (Dominguez Mejías, curso 1996-97):

- *Rotacismo labial*: en lugar de vibrar la lengua, la vibración ocurre en el labio inferior y los incisivos superiores. No es corriente en los niños pero puede darse algún caso.
- *Rotacismo interdental*: la lengua se sitúa entre los dientes vibrando con los incisivos superiores. Es el sonido ceceante.
- *Rotacismo bucal*: se sustituya por la «L». Las mejillas vibran al desviar el aire lateralmente entre la lengua y las mejillas.
- *Rotacismo velar*: vibra el paladar blando al articular el dorso de la lengua contra él, pronunciando el sonido de la /g/.

Como se dijo, hay muchos tipos de rotacismo, y ésta es la razón por la que es muy importante la precisa diferenciación del mismo, de cara a una más precisa intervención en el tipo de rotacismo. Es muy común, en este sentido, la simplificación que se produce en la identificación de este trastorno, lo que en ocasiones lleva a la creencia de que la intervención tiene que ser unidireccional, dirigida a un único tipo de rotacismo existente, tal vez por la consideración simplificada que existe en la calle de lo que se entiende por rotacismo.

Los aspectos reeducativos que tienen que ver con este defecto pasan por ejercicios en distintos niveles:

- A) *Ejercicios de lengua*: son imprescindibles así como los de vibración de labios. Importa mucho que el niño no se vicie, por ello es necesario trabajarlo mucho fonéticamente.
- B) *Ejercicios de labios*: fundamentales por la importancia que tienen por su intervención en la articulación de las palabras. El mismo comentario habría que hacer respecto de la lengua en el caso de fomentar este espacio.

Paralelamente a estos ejercicios, se iniciará el tratamiento directo de la articulación. Por ejemplo, un modo de obtener el fonema /r/ es partiendo de la pronunciación de /t/ y /d/, para las cuales la lengua tiene que situarse en una posición semejante a la /r/. Muy útil resulta saber que si el niño articula la combinación «tra», entonces convendrá partir de ella para lograr la /r/. Se le hará repetir este grupo, tratando de alargar cada vez más la /r/: tra, trra, trrra,... para ir poco a poco, separando la consonante inicial t.ra, t.ra, t.ra, ra... Este ejercicio es conveniente repetirlo igualmente con las restantes vocales.

En el orden didáctico y organizativo, es evidente que las modificaciones y cambios han de tenerse en cuenta para arbitrar los precisos elementos de cara al diagnóstico e intervención en el síndrome de la Tourette. Es muy normal, en este sentido, que la rigidez de muchos centros y aulas incidan en la rigidez formal y material del diagnóstico e intervención, y es aquí precisamente donde hay que hacer un mayor esfuerzo a la hora de la planificación para la intervención.

Preguntas tales como ¿dónde es preferible el diagnóstico y la intervención? ¿qué elementos hay que modificar para estas dos partes del proceso? ¿cuáles son los recursos mate-

riales o metodológicos que necesito?, suelen ser preguntas que en un gesto dirigido al núcleo del problema normalmente hay que hacerse. Conviene, además, resolverlas lo más atinadamente, porque detrás de su correcta solución está una de las más fundamentales partes del éxito en estos dos momentos aludidos.

Los cambios y modificaciones, los elementos modificados o rediseñados, el desarrollo de nuevas orientaciones espaciales y temporales, la correcta dirección actitudinal de los profesionales que intervienen en el proceso, la utilización de una metodología puesta al servicio de la intervención y no al contrario, serán algunos de los elementos a los que cabe prestar una máxima atención para la mejora de la situación detectada y, en definitiva, para la resolución del problema de cara a la recuperación de la plena autonomía y calidad de vida personal, académica y social para el sujeto en cuestión en cuyo problema se ha intervenido.

Finalmente decir que en este trabajo sólo aparecen algunos de los elementos fundamentales, si bien suficientes para un diagnóstico a primera vista del síndrome de la Tourette y su posible tratamiento, aunque esto no debe ser confundido con el hecho de que todo estudio de alguna problemática del orden psicopedagógico, ha de ir acompañado de un material resultante del diagnóstico y evaluación del síndrome o problema, al menos suficiente para que la intervención sea válida y fiable, lo que se convierte en una estrategia de máxima importancia de cara a la resolución del problema.

Bibliografía

- BADOS, A. (1995): *Los tics y sus trastornos. Naturaleza y tratamiento en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- CASANOVA RODRÍGUEZ, M^a.A. (1990): *Educación especial: hacia la integración*. Madrid: Escuela Española.
- COBOS ÁLVAREZ, P. (1995): *El desarrollo psicomotor y sus alteraciones. Manual práctico para evaluarlo y favorecerlo*. Madrid: Pirámide.
- DOMÍNGUEZ MEJÍAS, R.: *Programa para la corrección del rotacismo*. Documento del trabajo del E.A.T.A.I. de la zona «Sierra Norte» de Sevilla. No publicado. Curso 1996-97.
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos.
- POWELL, TH.H. y AHRENHOLD OGLE, P. (1991): *El niño especial. El papel de los hermanos en su educación*. Bogotá: Norma.