

TEMA 21 ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS TIPOS Y GRADOS DE MINUSVALÍAS: MOTORAS, PSÍQUICAS, SENSORIALES EN RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD FÍSICA.

0. INTRODUCCIÓN

Comenzamos el tema, deteniéndonos, en primer lugar, en el análisis del concepto de necesidades educativas específicas recogido en la LOE, su tratamiento normativo y respuesta educativa. Posteriormente, haremos un recorrido por los diferentes déficit y minusvalías más frecuentes que nos podemos encontrar en la escuela, planteando su estudio desde la perspectiva de su repercusión y secuela en la actividad física; de ahí que lo abordemos partiendo de los aspectos fundamentales que definen y caracterizan la discapacidad motora, que se puede presentar tanto de forma aislada como asociada a otras áreas del desarrollo. En uno u otro caso dejaremos constancia de las diferentes patologías en las que se puede subdividir o clasificar.

Hecha esta breve introducción comenzamos con el desarrollo del primer epígrafe del tema...

1. ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.

Actualmente, la nueva *Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación*, hace referencia al **alumnado que presenta necesidades educativas especiales**, en su artículo 73, y lo define como: “(...) *aquel que requiere, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de la discapacidad o trastornos graves de conducta*”. A fin de garantizar la *equidad*, en su Título II aborda los grupos de alumnos que requieren una atención educativa diferente a la ordinaria por presentar alguna necesidad específica de apoyo educativo, y establece los *recursos precisos* para acometer esta tarea con el objetivo de lograr su plena *inclusión e integración*.

Se incluye concretamente en este Título el Tratamiento educativo de las alumnas y alumnos que requieren determinados apoyos sociales y atenciones específicas derivadas de las circunstancias sociales., la discapacidad física, psíquica o sensorial o que manifiesten trastornos graves de conducta. También precisan un tratamiento específico los alumnos con altas capacidades intelectuales y los que se han integrado tarde en el sistema educativo español.

En el **Capítulo I**, se recoge la respuesta educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, afirmando que: “*Las Administraciones educativas dispondrán los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual y emocional, así como los objetivos establecidos con carácter general en la presente Ley*”.

La adecuada respuesta educativa a todos los alumnos se concibe a partir del principio de **inclusión**, entendiendo que únicamente de ese modo se garantiza el desarrollo de todos, se favorece la equidad y se contribuye a una mayor cohesión social. La atención a la diversidad es una necesidad que abarca a todas las etapas educativas y a todos los alumnos. Es decir, se trata de contemplar la diversidad de las alumnas y alumnos como principio y no como una medida que corresponde a las necesidades de unos pocos.

Queda reflejado en el artículo 71, las siguientes consideraciones:

- La atención integral al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo se iniciará desde el mismo momento en que dicha necesidad sea identificada.
- Las Administraciones educativas regularán y favorecerán la participación a los padres o tutores en las decisiones que afecten a la escolarización y a los procesos educativos de este alumnado. Igualmente les corresponde adoptar las medidas oportunas para que los padres de estos alumnos reciban el adecuado asesoramiento individualizado, así como la información necesaria que les ayude en la educación de sus hijos.

También en el artículo 74, se regulan, con respecto a estos alumnos, los siguientes aspectos:

- *Su escolarización*, que se regirá por los principios de normalización e inclusión y asegurará su discriminación y la igualdad efectiva en el acceso y la permanencia en el sistema educativo, pudiendo introducirse medidas de flexibilización de las distintas etapas educativas, cuando se considere necesario.
- *La identificación y valoración de sus necesidades* se realizará lo más tempranamente posible, por personal con la debida cualificación y en los términos que determinen las Administraciones educativas.
- Al finalizar cada curso *se evaluarán los resultados conseguidos* en función de los objetivos propuestos a partir de la valoración inicial. Dicha evaluación permitirá proporcionarles la orientación adecuada y modificar el plan de actuación así como la modalidad de escolarización, de modo que pueda favorecerse, siempre que sea posible, el acceso del alumnado a un régimen de mayor integración.
- Los fines generales son *obligatorios* para todos los alumnos, sean o no sujetos con necesidades específicas; y la enseñanza será *obligatoria y gratuita* hasta los 16 años, reconociendo el derecho de todo el alumnado a permanecer en los Centros ordinarios hasta esa edad.

El artículo 72 hace referencia a los **recursos**, estos son los siguientes:

- *Profesorado de las especialidades correspondientes y de profesores cualificados*, que atenderán a los alumnos rigiéndose por los principios de normalización y de inclusión escolar.
- *Dotación de medios y materiales didácticos específicos*, tanto en colegios públicos como privados, que posibiliten el aprendizaje de los alumnos.
- Asimismo, los Centros deberán con la debida organización escolar, y realizar adaptaciones y diversificaciones curriculares precisas para facilitar a los alumnos la consecución de los fines establecidos.
- *Formación del profesorado y de otros profesionales*, relacionada con el tratamiento del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo.
- Por último, *colaboración con otras instituciones* públicas o privadas sin ánimo de lucro, instituciones y asociaciones, para facilitar la escolarización y una mejor incorporación de este alumnado al centro educativo.

Partiendo de estas consideraciones, podemos decir que **no es la existencia de discapacidades** la que determina la consideración de que un alumno tiene Necesidades Educativas Específicas, sino la existencia de *dificultades* para aprender los contenidos y objetivos que establece el currículo que su edad le corresponde. No son tampoco por sí solas las dificultades de aprendizaje las que determinan tal consideración, sino el grado de las mismas, pues existen dificultades para aprender que son consustanciales con el propio proceso de aprendizaje de cualquier alumno, y que normalmente pueden ser resueltas y superadas por los medios ordinarios de los que dispone el profesorado. La consideración, pues, de que un alumno tiene necesidades educativas específicas empieza cuando se estima que tales dificultades no son solamente “*mayores que las del resto de sus compañeros*”, sino que también **el profesorado**, individual y colectivamente, **ha agotado razonablemente todos los recursos ordinarios** a su alcance para responder a ellas, y lo que se precisa entonces en una respuesta educativa específica, que se aparta y se diferencia significativamente de la que se oferta a la mayoría de los compañeros. Ésta es una decisión delicada que necesita de la **intervención de los Equipos de Apoyo u Orientadores de los Centros** en colaboración con el *profesorado*; también de las medidas colectivas que desde el **Proyecto Curricular de Etapa** se hayan tomado, y en especial las referidas al *tratamiento de la diversidad*. Así, una organización racional de los apoyos, de los espacios escolares o del tiempo puede facilitar enormemente a la atención a las necesidades específicas; la continuidad metodológica, secuencias coherentes de contenidos y el desarrollo continuado de una evaluación formativa, cuestiones todas ellas dependientes del Proyecto Curricular, posibilitan reducir sensiblemente el número y grado de adaptaciones significativas. Podría decirse, pues, que las adaptaciones o ajustes, para los alumnos con Necesidades Educativas Especiales, han de realizarse siempre **de lo más general** (Proyecto de Centro, Proyecto Curricular de Etapa) **a lo más individual** (alumno).

En el marco de la Escuela ordinaria, los principios de normalización e integración han hecho posible que la atención a la diversidad se haga desde la *comprensividad* en la que el referente es el desarrollo de las capacidades enunciadas en los *objetivos* generales de la Etapa educativa correspondiente. Para desarrollar tales capacidades se prevén *estrategias de refuerzo y adaptación curricular*.

- El **refuerzo educativo** podría entenderse como el empleo de estrategias metodológicas adecuadas y recursos específicos de forma puntual, variable de un alumno a otro, y esporádica en su aplicación. Su objetivo es complementar el desarrollo de las capacidades enunciadas en los objetivos previstos. Puede dirigirse a generar en los alumnos/as la motivación necesaria para afrontar el proceso de enseñanza-aprendizaje; también a proporcionarles consecuencias positivas reforzantes de los logros. Se diferencia de las adaptaciones curriculares en cuanto a la profundidad e intensidad de las medidas. Si los alumnos, con las medidas de refuerzo, no logran el desarrollo esperado de las capacidades, necesitan la aplicación de una *adaptación curricular*.
- Las **adaptaciones curriculares** son procesos de toma de decisiones sobre los elementos curriculares, que buscan respuestas para las necesidades educativas de los alumnos. Cabe distinguir: *las adaptaciones de acceso al currículo* y *las adaptaciones de los elementos básicos del currículo*.
 - Las **adaptaciones de acceso al currículo**, tienen como fin posibilitar el desarrollo curricular, proporcionando recursos humanos, técnicos y materiales, así como la organización y optimización de los mismos. Dichas adaptaciones tienden a facilitar el acceso al currículo a los alumnos con problemas motóricos, auditivos o visuales y suelen resolverse con *ayudas técnicas* y *ayudas personales*. Las **ayudas técnicas** se refieren a los *espacios* (condiciones de acceso, sonorización y luminosidad), a los *materiales* (mobiliario y equipamientos específicos), y a la *comunicación* (Braille, sistema aumentativo para alumnos con parálisis cerebral como el SPC y el BLISS); las **ayudas personales** se refieren a las personas que necesitan implicarse en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los alumnos con n.e.e., y estos pueden ser: orientador, educador, profesor de apoyo en Primaria, profesor en Pedagogía Terapéutica, profesor de Audición y Lenguaje, intérprete de lengua de signos... así como el Departamento de Orientación y el Equipo de Orientación Escolar y Psicopedagógica (EOEP).
 - Entendemos por **adaptaciones de los elementos básicos del currículo** aquellas realizadas en los elementos curriculares básicos (objetivos educativos, metodología, contenidos y evaluación) que se derivan los interrogantes: qué, cómo y cuándo enseñar y evaluar. Podemos clasificarlas según el grado

de afectación a la consecución de las capacidades contenidas en los objetivos generales de la cada Etapa y áreas, y en grado que determinen los criterios de evaluación fijados para cada una de ellas. Si las modificaciones no alteran substancialmente la propuesta común estamos ante adaptaciones *poco significativas*; si por el contrario, afectan sensiblemente a los planteamientos comunes, las denominamos *adaptaciones significativas*.

Terminada la necesaria mención al tratamiento de las n.e.e. desde la normativa vigente, estudiamos a continuación, en el segundo epígrafe, los tipos de minusvalías y su relación con la actividad física.

2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS TIPOS Y GRADOS DE MINUSVALÍAS: MOTORAS, PSÍQUICAS, SENSORIALES EN RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD FÍSICA.

El concepto de minusvalía está referido a situaciones desventajosas, a consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que influyen en el cuerpo o en la mente, o en ambos sitios a la vez (psicosomáticas), en las que el individuo se siente limitado para desarrollar un rol que se considere normal para su edad o costumbres sociales...

Puede ser considerada como discapacitada toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidas a consecuencia de una deficiencia más o menos permanente, de carácter congénito o no, de sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales.

Podemos considerar **discapacitado motórico** “al niño que presenta la manera transitoria o permanente alguna alteración en su aparato locomotor, debido a un deficiente funcionamiento en el sistema óseo-articular, muscular y/o nervioso, y que, en grados variables, limita algunas de las actividades que pueda realizar como el resto de los niños de su edad. Debido a ello, puede necesitar una respuesta educativa especial en movilidad, y/o manipulación, y/o comunicación, y/o motivación”.

Los TIPOS y CAUSAS más frecuentes de las discapacidades motoras son:

- **Amputaciones**, se deben a causas: genéticas, amnióticas (cuando no se desarrolla un miembro o parte de él durante el embarazo, dentro del líquido amniótico); y quirúrgicas.
- Las **afecciones reumáticas** tuberculosas del sistema osteoarticular.
- Las **malformaciones congénitas de huesos y articulaciones**. En algunos casos, las corrige o mejora la cirugía. A veces se emplean prótesis.
- Los **traumatismos craneales**, con pérdida de consciencia y coma por contusión cerebral, asociados o no a fractura de cráneo, dejando secuelas motoras, intelectuales y del lenguaje.
- Las **miopatías**, o enfermedades que afectan a los músculos con degeneración de fibras musculares, de origen hereditario, tóxico o infeccioso. Producen una disminución de la fuerza muscular y llega en algunos casos, a producir una minusvalía severa. Entre las miopatías más invalidantes se encuentra la *distrofia muscular*.
- La **poliomielitis**, infección de origen vírico que, en su forma más grave, invade el sistema nervioso central, lesionando las células nerviosas motoras de la médula espinal, dando como resultado una parálisis total o parcial de los grupos musculares que dependen de dichas células.
- La **parálisis cerebral**, que es una encefalopatía, progresiva o no, que afecta a la postura, al movimiento y a la coordinación antes que su desarrollo y crecimiento sean completos. Atribuible, entre otros factores, a la anoxia, a las infecciones víricas y metabólicas de una o varias partes del cuerpo. Los síntomas de la parálisis se clasifican, de acuerdo a sus características neuromusculares, en *seis grupos*. Los tres más importantes, por su presencia, son: la parálisis cerebral espástica, la atetósica y la ataxia.
 - La **parálisis cerebral espástica** afecta principalmente a los músculos requeridos para la realización de movimientos de los miembros superiores e inferiores, acentuándose la rigidez del movimiento y la dificultad para relajarlos cuando se contraen involuntariamente al tratar de moverlos o estirarlos.
 - La **parálisis cerebral atetósica** se caracteriza por presentar alteraciones del tono, manifestando, normalmente, hipotonía, que puede fluctuar a hipertonia cuando se tiene que realizar un acto voluntario. Los movimientos aparecen desorganizados, involuntarios y espasmódicos; las contracciones musculares impiden la coordinación de los movimientos voluntarios. Este grupo representa un 10%.
 - La ataxia se caracteriza por una perturbación del equilibrio afectando a la marcha y a la coordinación de los movimientos (dismetría), especialmente los relacionados con la posturalidad; a menudo queda afectada la coordinación ojo-mano. El grupo de atáxicos representan un 5%.

En relación con los miembros afectados, la clasificación topográfica de la parálisis es la siguiente: *hemiplejía*: afecta a los miembros de un mismo lado; *paraplejía*: alteraciones en miembros inferiores; *tetraplejía*: alteración en los cuatro miembros; *triplejía*: afecta a tres miembros; *monoplejía*: afecta a un solo miembro.

- Por último, otro tipo de discapacidad motora está causada por la **espina bífida**, que puede llegar a afectar a las meninges y a todo el sistema nervioso central, llegando a provocar meningitis y otros cuadros más complicados. Suele ir asociada a una parálisis total o parcial de las extremidades inferiores, alteraciones esfinterianas y urinarias, alteraciones de la sensibilidad de carácter genético-sexual (en el hombre).

El niño es un ser que constituye una unidad biológica, psíquica y social. En él el psiquismo y la motricidad no son funciones independientes, tampoco lo son la motricidad y el lenguaje, la motricidad y la capacidad sensorial, la

motricidad y la afectividad; todos estos aspectos están estrechamente interrelacionados, influenciándose unos en otros. Esto hace que el discapacitado motórico presente unos rasgos diferenciados con respecto al desarrollo evolutivo que le correspondería en las demás Áreas. Para conocerlos, vamos a proceder a su estudio teniendo como referencia cuatro niveles. Intelectual, sensorial, lingüístico y afectivo...

✚ **A nivel intelectual, la motricidad se relaciona con el área cognitiva**, pues el conocimiento se basa en la acción, por lo que toda persona que tenga limitadas sus posibilidades de actuar, accionar y manipular verá “limitada” igualmente su actividad intelectual. Por tanto, es lógico pensar que un alumno que presenta problemas motores pueda tener dificultades importantes en su actividad intelectual. Entre niños con distinto grado de déficit físico, nos encontramos casos con inteligencia normal y otros con nivel intelectual muy bajo. A raíz de los tratamientos precoces, la deficiencia mental asociada en estos niños se ha atenuado en gran medida.

✚ **A nivel sensorial**, vemos diferencias acusadas como: que es inferior la percepción y la memoria (incluso en los casos de inteligencia normal); inferior la organización perceptivo-motriz, la disminución de la atención, del ritmo de trabajo y de la comprensión. Los *trastornos visuales* que se pueden presentar son: *estrabismo* y *nistagmus*, déficit en la agudeza visual y trastornos de la elaboración central. Suele estar alterada la coordinación de los músculos oculares, mostrándose una coordinación insuficientes en ambos ojos y un desdoblamiento de la imagen, que favorece el uso de un ojo solo, lo que conlleva pérdida de relieve en la imagen. El alumno discapacitado motórico también suele presentar *trastornos auditivos* debido a una falta de percepción, los sonidos que no percibe no los pronuncia bien, los omite, o los sustituye por otros.

✚ **A nivel del lenguaje**, sabemos que la capacidad de comunicación y expresión son acciones que dependen de la motricidad y de la inteligencia. Por tanto, cualquier problema en la motricidad va a afectar a la capacidad de comunicación y de desarrollo del lenguaje. Un alumno que tenga un déficit motor que afecta a los órganos fonarticulatorios verá muy limitada sus posibilidades de expresión oral, las alteraciones tienen su causa en espasmos de los órganos de la respiración y del órgano fonatorio, que se manifiestan con una mayor lentitud del habla, modificaciones de la voz o incluso ausencia de ella; la producción de las palabras también se va a presentar alterada, produciendo un habla a saltos, con pausas respiratorias extrañas... Un alumno que tenga un déficit motor que afecta a sus miembros superiores (brazos y manos) va a ver muy limitadas sus posibilidades de expresión escrita, expresión plástica... Por otra parte, son muy significativos los retrasos en el desarrollo del lenguaje comprensivo, que pueden ser debidos a trastornos auditivos o a una falta de estimulación lingüística.

Por tanto, el lenguaje frecuentemente se ve perturbado y empobrecido (de un 50 a un 75% de los casos), corriéndose el peligro de atribuir una debilidad mental donde solo hay un retraso si se realiza una reeducación terapéutica de la motricidad en general, de la habilidad y del lenguaje.

✚ **A nivel afectivo**, podemos deducir que la persona que sufra un déficit que la persona que sufra un déficit motor grave tendrá bastante limitada su capacidad de interacción social y afectiva con los demás, debido a la dependencia del medio, a la necesidad de autovalorarse y autoestimarse. Esto conlleva establecer relaciones humanas deficitarias cualitativamente, expresión dificultosa de la afectividad y actitudes de reacción ante el medio, muy características, como: sentimientos de culpa; huida hacia satisfacciones imaginarias, o actividades de supercompensación; desvaloración de ideales anteriores, o idealización de los mismos.

De todo lo expuesto hasta ahora, podemos definir una conclusión: los sujetos afectados sólo por discapacidad motora van a estar muy limitados en cuanto al desarrollo de sus capacidades cognitivas, perceptivas, lingüísticas y afectivo-sociales. Pero además, esto se agrava, si llevan asociados a su déficit motor, de por sí, trastornos del lenguaje, auditivos, visuales, mentales, de personalidad, y de atención. Vemos algunos de ellos:

- Por lo que respecta a los *DISCAPACITADOS VISUALES*, existen una serie de elementos motóricos perceptibles que distinguen a las personas videntes de las invidentes. En general se puede decir que el ciego, sobre todo si es de nacimiento, presenta una forma especial de *caminar* y *gesticular*, caracterizada por:
 - Un desarrollo muscular insuficiente debido a la falta de actividad física; el instinto de conservación y de evitación de golpes les hace suavizar movimientos amplios ya desde pequeños.
 - Una expresión facial estereotipada y monocorde, que se hace más patente en los gestos que refuerzan la conversación como consecuencia de la falta de imitación. También gesticulan mucho menos con las manos y el cuerpo que cualquier vidente.
 - Una postura característica, espalda encorvada y cabeza inclinada hacia adelante y hacia un lado con los hombros caídos y metidos hacia el pecho. Esta postura se observa sobre todo en momentos de alerta.
 - En cuanto a la marcha, los brazos no se mueven bien coordinados y son llevados a la altura del estómago apreciándose una falta de balanceo complementario al de las piernas, perdiendo así la natural capacidad para mantener el equilibrio mientras camina. Además tiende a levantar las rodillas, levantar más los pies y a tener las puntas de los pies muy separadas.
 - Por último, no es extraño encontrar personas ciegas con balanceo del tronco, son movimientos conocidos con el nombre de “manierismos”, debidos a una mala adquisición de hábitos.

- En los DISCAPACITADOS AUDITIVOS, la sordera, debido a la privación sensorial, puede alterar por sí misma las funciones motoras. Hasta los 8 o 12 meses no parece existir ningún tipo de retraso psicomotor, el niño ríe, grita... igual que los demás. Gessel, en su "diagnóstico del desarrollo", no señala ningún retraso específicamente psicomotriz en el niño sordo, aparte de la progresiva mudez a partir de los ocho meses. En otros estudios más especializados se señalan, sin embargo, ciertos problemas en las praxias psicomotrices. En general, todos coinciden en un ligero retraso de la marcha, un balanceo de los brazos, los pies se arrastran ruidosamente al no ser oídos. Ello puede deberse a la sordera misma, que incapacita al niño para seguir los consejos y exhortaciones de sus mayores sobre cómo ejecutar sus movimientos y, también, según Long y March, a la existencia de un equilibrio inestable inherente a estas personas.

Por otra parte, el trastorno sensorial auditivo supone un sesgo respecto a los input sensorio-perceptivos normalizados que se utilizan no solo para entender la realidad sino orientarse en ella. La audición contribuye a la estructuración del tiempo; el niño sordo se encuentra disminuido por una desestructuración temporal. El mundo es percibido de forma global requiere la utilización de varios sentidos a la vez, así pues, la sordera altera toda la organización perceptiva del entorno, modificando las reacciones frente a las circunstancias externas y, por tanto, al comportamiento. También se observa una inadaptación dinámica a la dificultad de percibir las distancias, el niño sordo se sitúa mal en su entorno y tiene dificultades en el reconocimiento de volúmenes y trayectos.

En cuanto a la lateralidad, tanto de la mano como de la pierna, no parece que la sordera influya directamente en el desarrollo de la misma, es más lógico pensar que la incidencia superior de una lateralidad atípica en el sordo encuentra su raíz en una frecuencia también mayor en él de perturbaciones del Sistema Nervioso Central.

- Por lo que respecta a los DISCAPACITADOS MENTALES, el retraso mental conlleva un retardo que afecta fundamentalmente al conocimiento de sí mismo, y del sujeto respecto al mundo: esquema corporal, coordinación dinámica, orientación espacio-temporal. Este retraso puede llegar a ser de dos o cuatro años con respecto a su edad cronológica y aumentan a medida que crecen. Las dificultades motoras que manifiestan más frecuentemente son: equilibrio escaso; locomoción deficitaria; dificultades en las conductas motrices, de coordinación y en las destrezas manipulativas (motricidad fina), cierta inferioridad en relaciones con personas normales, tanto en cualidades físicas (fuerza, velocidad, resistencia), como en capacidades coordinativas (coordinación y equilibrio), así como en organización espacial, temporal, espacio-temporal y relajación. Pero mediante una educación física bien orientada el niño puede acercarse mucho a la normalidad y, en algunos casos, la ejecución de un gesto técnico deportivo realizada por un deficiente mental no tiene nada que envidiar a una acción de un sujeto normal (ejemplo: técnica de carrera en 100m, kata de karate...).

CONCLUIMOS destacando la interrelación existente entre el desarrollo psicomotor y otros ámbitos como el cognitivo, lingüístico, sensorial, social y afectivo; de tal manera que la presencia de una discapacidad en cualquiera de ellos afecta considerablemente la evolución de los demás. Cuando esto ocurre, el maestro de Educación Física debe respetar los criterios de integración y normalización, así como la secuencia didáctica adecuada y adaptada para dar respuesta a cada tipo de discapacidad, de forma que se garantice la máxima participación y el máximo desarrollo motor de este tipo de alumnado.

BIBLIOGRAFÍA

CUMELLAS y ESTRANY: *Discapacidades motoras y sensoriales en Primaria: la inclusión del alumnado en Educación Física. 181 juegos adaptados.* INDE Publicaciones. Barcelona, 2006.

GOMENDIO: *Educación Física para la integración de niño con n.e.e.* Editorial Gymnos, Madrid, 2000