



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 – ENERO DE 2008

PROPUESTAS EDUCATIVAS ANTE EL ALUMNO CON DISCAPACIDAD MOTORA

AUTORÍA M ^a JOSE HURTADO GOMEZ
TEMÁTICA NEE
ETAPA EP,ESO

Resumen

Con la exposición de este tema pretendo establecer unas directrices básicas sobre la discapacidad motora, clarificar términos, conceptos y proponer una serie de pautas educativas, con el propósito de mostrar una visión clara que puede estar perfectamente sujeta a ofrecer a estos alumnos una educación lo más adaptada y normalizada posible.

Palabras clave

- Discapacidad motora.
- Consecuencias en el desarrollo.
- Organización escolar.
- Propuestas a nivel educativo.

1. INTRODUCCIÓN.

Como en todos los casos en los que se habla de personas con hándicaps físicos, psíquicos o sensoriales, es posible adoptar diferentes ópticas o formas de enfocar el tratamiento de las consecuencias (entre ellas las educativas) de dichos hándicaps. Se ha pasado de una visión basada en el déficit o deficiencias orgánicas a otras más de naturaleza psicosocial y educativa, que tome como



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 – ENERO DE 2008

referencia esencial las necesidades educativas que tiene esa persona en un medio escolar y social concreto.

Desde este punto de vista educativo, el problema que se plantea es la comprensión de los factores que intervienen en la discapacidad motora y como ésta influye en el proceso de desarrollo y aprendizaje. A partir de aquí habrá que decidir cómo debe ser esa educación de los niños y niñas afectados con el fin de ayudarles a llegar al máximo de sus potencialidades.

A continuación, se expone una serie de propuestas educativas a seguir, con el objetivo de que estos niños perciban los propios logros como el resultado de su habilidad y competencia, y no de la benevolencia de los demás.

2. EL NIÑO CON DISCAPACIDAD MOTORA.

La discapacidad motora se entiende como la alteración o deficiencia orgánica del aparato motor o de su funcionamiento, que afecta al sistema óseo, articulario, nervioso y muscular. Las personas afectadas presentan una clara desventaja en su aparato locomotor, limitaciones posturales, de desplazamiento, coordinación y manipulación. A nivel educativo se plantea el problema en cuanto a la intervención, que no debe centrarse en el déficit que presenta el alumno sino en sus posibilidades de aprendizaje y sus potencialidades educativas.

2.1. Criterios para su clasificación.

Se puede resumir en tres los criterios más importantes para realizar una clasificación de dicha discapacidad:

a) Según el origen de la lesión, tenemos la Parálisis Cerebral, originada por lesión cerebral; La Espina Bífida o Poliomeilitis, originadas por una lesión espinal. Por lesión osteo-articular encontramos las malformaciones congénitas, artritis y amputaciones. De origen vascular son las producidas por hemorragia cerebral y lesión muscular destacar la Distrofia muscular progresiva.

b) Según la localización o zona afectada por la alteración motriz, pueden presentarse en Monoplejias (solo se encuentra afectado un solo miembro), Paraplejias (se encuentran afectados los miembros inferiores), Tetraplejias (la alteración afecta a miembros inferiores y superiores), Displejias (los miembros inferiores están más afectados que los superiores), y Hemiplejias (la afectación se produce en una de las mitades simétricas del cuerpo).



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 – ENERO DE 2008

c) Según la etiología, se diferencian los siguientes grupos: de origen hereditario, congénito o perinatal; adquiridas en la infancia, o adquiridas con posterioridad.

2.2. Trastornos más relevantes desde el punto de vista educativo.

Se considera dos grandes grupos de trastornos motóricos, que a nivel educativo son más relevantes: trastornos con afectación cerebral y sin afectación cerebral.

a) Uno de los trastornos a señalar con afectación cerebral es la Parálisis Cerebral. Que suele definirse como la pérdida o alteración del control motor producida por una lesión encefálica y que engloba un conjunto muy amplio de sintomatologías. La Parálisis Cerebral, es ante todo, un estado patológico y no una enfermedad. La lesión es irreversible, lo que no evita que con una intervención adecuada pueda conseguir progresos muy importantes. Constituye un trastorno motor complejo en el que puede incluir aumento o disminución del tono muscular, alteraciones en postura, equilibrio, coordinación, etc.

Las causas que pueden producirla pueden ser entre otras: enfermedades infecciosas, metabólicas congénitas, anoxias, partos demasiados prolongados e incluso casos durante la maduración del cerebro.

La Parálisis se puede presentar de diferentes formas. Si tenemos en cuenta el tono muscular cabe citar la Espasticidad, se trata de una disonancia en los movimientos musculares producida por una hipertonía. Otra forma de presentarse sería la Atetosis, son movimientos involuntarios, lentos y sinuosos sin solución de continuidad, y por último, citar la Ataxia, que consiste en una alteración del equilibrio y de la precisión de los movimientos. Aunque con efectos importantes, tanto en el área motriz, desarrollo social, personal, educativo

b) El otro tipo de trastornos motóricos sin afectación cerebral suelen revestir menor gravedad aunque con efectos importantes, tanto en el área motriz, desarrollo social, personal y educativo de las personas afectadas. Los más importantes son la Poliomeilitis, entendida como una inflamación de las astas anteriores a la médula, que produce una parálisis flácida con degeneración de músculos completos. Otro trastorno sería la Espina Bífida, consistente en un mal desarrollo de las vértebras con riesgo de dañar la médula espinal. Y por último, Distrofia muscular, caracterizada por una degradación de la masa muscular, consistente en una disminución de la fuerza muscular voluntaria.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 – ENERO DE 2008

3. CONSECUENCIAS DE LA DISCAPACIDAD MOTORA EN EL DESARROLLO DEL NIÑO.

Los niños que presentan discapacidad motora manifiestan alteraciones en su desarrollo psicológico derivadas directa o indirectamente de su trastorno neuromotor. La mayor parte de las habilidades que adquiere un niño a lo largo de su desarrollo tienen un componente motor. Por lo que resulta obvio que dicha discapacidad alterará estas habilidades. Dependiendo de la gravedad de la lesión las adquirirá o bien más tarde, de forma anómala o defectuosa o incluso que no las adquiera.

Por otra parte, las disfunciones motoras afectan a aspectos de la vida del individuo; limitan sus experiencias; sus posibilidades de aprender y su forma de relacionarse con otras personas. Por lo que su discapacidad afectará indirectamente el curso de su desarrollo.

3.1. Consecuencias en el desarrollo de la Motricidad y el Lenguaje.

Se dan trastornos en el desarrollo psicomotor derivados directamente de la lesión cerebral, ya que dicha lesión afecta en dos sentidos:

- en la maduración normal se va a producir una interferencia, la cual conlleva un retraso en el desarrollo motor.
- Las alteraciones que se manifiestan se producen por la presencia de esquemas anormales de actitud y movimiento, debido a que persisten las modalidades reflejas primitivas que el niño es incapaz de inhibir.

En cuanto a los trastornos en el desarrollo del habla y el lenguaje, existe un porcentaje alto (alrededor del 75%) de casos que necesitan una reeducación ortofónica. Las lesiones cerebrales producen alteraciones del aspecto motor-expresivo del lenguaje, así como del control de los órganos motrices bucofonatorios. Que pueden afectar a la ejecución o la propia organización del acto motriz.

Las consecuencias de estos trastornos son variables. Alterando en mayor o menor grado el lenguaje hablado o impedirlo por completo. En muchos casos también suelen estar acompañados de problemas en la masticación, deglución, control de la saliva o la respiración.

En algunas ocasiones, la lesión cerebral puede provocar trastornos específicos de lenguaje y no solo del acto motor del habla, como es el caso de las disfasias, que se definen como el retraso tanto de la expresión como comprensión del lenguaje.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 – ENERO DE 2008

3.2. Consecuencias en su desarrollo cognitivo.

Es difícil hablar de unas características específicas derivadas directamente de la lesión cerebral. Los retrasos que se puedan observar son más bien una consecuencia del déficit motor que puede alterar las posibles experiencias del niño en relación al mundo físico como social y además puede afectar su sentido de autoeficacia, motivación y disposición para el aprendizaje.

Es evidente que estos niños encuentran dificultades en manipular, controlar y explorar libremente el entorno físico. Esto va a impedir un desarrollo de la inteligencia sensoriomotora, razonamiento operatorio y formal.

Por otra parte, las alteraciones motoras interfieren en la adquisición de otras habilidades que suponen pilares básicos para el intercambio cultural, intervención educativa y para las prácticas instrumentales.

A nivel educativo, los sistemas y ayudas técnicas para la comunicación aumentativa y alternativa constituyen un recurso fundamental, que unidos a los recursos metodológicos pueden garantizar un correcto desarrollo cognitivo.

3.3. Consecuencias en su desarrollo social.

El déficit motor conlleva una interacción anómala con el mundo social. La motricidad reducida o poco controlada provoca una interacción alterada, porque el niño no puede producir muchos de los gestos, a los cuales la sociedad le asigna valor comunicativo. El niño encuentra dificultad en ganar y mantener la atención de otras personas, transmitir e intercambiar informaciones y afectos, falta de control sobre los objetos, etc. Todo ello lleva al sujeto a un aprendizaje activo de falta de sincronía entre sus respuestas y las consecuencias sobre el ambiente, a esto lo denominan algunos autores al fenómeno de la indefensión aprendida o también, falta de expectativas de autoeficacia. Y que la emoción que acompaña a este estado es la depresión.

La experiencia repetida de fracaso provoca frustración. Si al fracaso se une la sobreprotección, el fallo motivacional puede agravarse. Por otra parte, si el niño se enfrenta con frecuencia a situaciones que no puede resolver, puede quedar afectada su disposición para el aprendizaje. Existen autores que se basan en la idea de que la inteligencia no podrá manifestarse mientras el niño piense o crea que sus acciones no tendrán efecto, por lo tanto el rendimiento escolar y el CI puede disminuir.

Como conclusión, debemos conseguir que estos niños perciban sus propios logros como resultado de su habilidad y esfuerzo y no de la benevolencia de los demás.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 – ENERO DE 2008

4. ORGANIZACIÓN ESCOLAR.

La organización escolar debiera constituir un amplio abanico de medidas, medios, recursos, adaptaciones, etc.. a tener en cuenta en la educación del alumno, en este caso, discapacitado motor, con el objeto de ofertar una educación normalizada.

Si se hace mención al tipo de adaptaciones que estos alumnos necesitan habrá que señalar los diferentes tipos de adaptaciones que existen: de acceso y curriculares. Dependiendo del grado de afectación del alumno, su desarrollo cognitivo y otro tipo de variables habrá alumnos que sólo necesiten adaptaciones de acceso, y otros en cambio, necesiten tanto las de acceso, como las adaptaciones curriculares.

Las principales adaptaciones de acceso que pueden adoptarse en relación con las nee de los alumnos con discapacidad motriz son entre otras las siguientes:

a) Eliminación de barreras arquitectónicas:

- * Sustituir escalones por rampas.
- * Colocar barandas con pasamanos o agarraderas.
- * Ampliar la anchura de las puertas para que facilite el paso de la silla de ruedas.
- * Instalar ascensores o elevadores.

b) Adaptaciones en el mobiliario:

- + Adaptaciones en sillas: asiento y respaldo con tiras antideslizantes; cuña bajo el asiento; reposapiés, taco separador en el asiento; colocar un “tumbre form”(portabebé).
- + Adaptaciones en mesas: de altura regulable, con reborde a modo de tope, acople de un tablero a la silla de ruedas, utilización de atriles.

c) Adaptación del material didáctico:

- * Colocar pivotes y agujeros a materiales como puzzles, reglas, etc.
- * Aumentar el grosor de las piezas para su cogida.
- * Acoplar tubos de goma o espuma a los útiles de la escritura.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 – ENERO DE 2008

- * Tijeras adaptadas.
- * Anillas o agujeros para facilitar el pasar las hojas.
- * Material imantado como letras, números, figuras geométricas y para adaptar los juegos de mesa como el parchís, damas, etc.
- * Imprentillas adaptadas.

d) Adaptación en la comunicación.

Las adaptaciones que pueden favorecer las posibilidades comunicativas pueden ser:

- * Juguetes adaptados.
- * Tableros de comunicación.
- * Comunicadores.
- * Ordenadores personales.
- * Programas informáticos.
- * Sala Snuze.

Otro tipo de adaptaciones a realizar con estos alumnos serían las adaptaciones curriculares. Los aspectos curriculares prioritarios a tener en cuenta en la adaptación del currículo serían entre otros el desarrollo de la autonomía.

La autonomía se define como un conjunto de habilidades relacionadas con el aseo, vestido, comida y desplazamiento, que adquiere el niño para lograr su autodependencia. De ahí, que un objetivo primordial en un programa de integración para estos alumnos sea el contacto con otros compañeros, para que adquieran mayor autonomía y madurez personal. Debiendo comprender dicho programa de los siguientes aspectos: movilidad y manejo, control de esfínteres, control salival, desarrollo de habilidades de aseo y vestido y el desarrollo de conductas de beber y comer correctamente.

Para que dichos aspectos posibiliten este programa se requiere el desarrollo de actitudes y conductas de la forma más natural posible. El centro debe facilitar un monitor de Educación Especial. No admitir su incapacidad ante los demás para no despertar sentimientos de compasión. Valorar cualquier logro del alumno por mínimo que sea. Para enseñar cualquier habilidad hay que buscar el punto justo, ni hacerlo uno, ni que la tarea sea tan difícil que pierda el interés por ella.

Otro aspecto curricular comprende el desarrollo de la psicomotricidad. La intervención en esta área se basará en:

- + Mejorar la coordinación dinámica global y el equilibrio.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 – ENERO DE 2008

- + La relajación global y segmentaria.
- + Disociación de movimientos.
- + Adaptación al tiempo.
- + Estructuración espacial.

El tratamiento motriz no debe considerarse como una sesión aislada de media hora de duración, sino que debe ser flexible. Dichos tratamientos varían, desde la simple reeducación psicomotriz, hasta métodos específicos de rehabilitación muy especializados.

La Parálisis Cerebral se caracteriza por la dificultad motora en la ejecución del lenguaje expresivo, existiendo desde problemas muy leves hasta la imposibilidad de emitir un sonido comprensible. Por lo que la intervención en el lenguaje abarcará principalmente de:

- + Una educación auditiva.
- + Educación de la respiración.
- + Entrenamiento de las praxias bucofaciales.
- + y como finalidad última la reeducación del habla.

Hay que tener en cuenta casos en los que no puedan comunicarse verbalmente, ni por escritura tradicional por lo que habrá que recurrir al empleo de los denominados sistemas aumentativos o alternativos de la comunicación. Estos se definen como un conjunto de símbolos gráficos que el usuario indicará de alguna forma para comunicarse. Representan palabras y conceptos en lugar de sonidos. Se acompañan de la palabra o frase escrita para su mayor comprensión. Un ejemplo lo constituye el SPC (sistema pictográfico de comunicación) y el sistema BLISS.

Otro de los aspectos curriculares sería el desarrollo de las habilidades perceptivas, en el caso de que hubiese problemas sensoriales. Una vez detectadas estas dificultades se ha de elaborar un programa de entrenamiento, que le proporcione al alumno experiencias que no ha podido, ni puede adquirir por sí mismo.

Un último aspecto a destacar es la mejora de las relaciones personales. Es fundamental e importante que estos alumnos entablen relaciones normales con los demás. Para potenciar unas relaciones normalizadas con sus compañeros se sugieren las siguientes recomendaciones:

- + Organizar momentos donde puedan conocerse y relacionarse.
- + Fomentar salidas autónomas con grupos de su edad.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 – ENERO DE 2008

- + Procurar que patios y recreos sean totalmente accesibles.
- + No evadir preguntas sobre el alumno.

5. CONCLUSIÓN.

El objetivo último es garantizar que estos alumnos discapacitados motóricos logren desarrollar al máximo sus capacidades, para lograr una vida de relación y un aprovechamiento de su tiempo de trabajo y de ocio lo más rica, adaptada y feliz posible.

Hemos de ofrecer los medios necesarios a estos alumnos para que tengan una autoimagen positiva y así se producirá una mejor aceptación de la discapacidad, y, como consecuencia, surgirán interacciones más gratificantes para todo el entorno.

6. BIBLIOGRAFIA.

- BASIL, C (1.990): Los alumnos con parálisis cerebral: desarrollo y educación. En Marchesi, Coll y Palacios: Desarrollo psicológico y educación III. Madrid. Alianza.
- GALLARDO, M.V y SALVADOR, M.L (1.994): Discapacidad motórica. Aspectos psicoevolutivos y educativos. Málaga. Aljibe.
- MOLINA,S. (1994). Bases psicopedagógicas de la Educación Especial. Alcoy . Marfil.
- VERDUGO, M.A (1995). Personas con discapacidad. Perspectiva psicopedagógica y rehabilitadota. Madrid. Alianza.
- VARIOS (1993): Necesidades educativas especiales. Málaga. Aljibe.

Autoría M^a JOSÉ HURTADO GÓMEZ.

- Nombre y Apellidos:
- Centro, localidad, provincia:
- E-mail: