



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 28 – MARZO DE 2010

## “DISCAPACIDAD MOTORA”

AUTORÍA ÁLVARO DÍAZ ORTIZ
TEMÁTICA DISCAPACIDAD
ETAPA PRIMARIA

### Resumen

Con esta publicación intento acercarme más al mundo de las discapacidades, en este sentido, expresamente sobre la discapacidad motora desde un ámbito educativo y psicopedagógico. Trataré un poco sobre los alumnos con necesidades educativas especiales con esta discapacidad, pasando luego por su etiología y una clasificación sobre los distintos tipos de deficiencias motoras.

### Palabras clave

Discapacidad motora, a.n.e.e., etiologías, clasificación.

## 1. DISCAPACIDAD MOTORA: INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA

### **1.1 NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES DE ALUMNOS CON DISCAPACIDAD MOTORA.**

A la hora de atender de una forma adecuada y global las necesidades temporales o permanentes que todos los alumnos pueden presentar en un momento determinada de su vida.

Los alumnos que presentan una discapacidad motora necesitarán de una atención específica dentro de un modelo de currículo flexible y abierto pero realizando cuantos ajustes se crean necesarios para adaptar las programaciones a las necesidades que éstos plantean. Comprende una determinada organización, planificación efectiva y eficaz de aquellos recursos que la administración educativa pone a nuestra disposición, además, la administración educativa organiza planifica y pone a nuestra disposición.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 28 – MARZO DE 2010

### 1.1.1 Concepto de discapacidad motora

Por deficiencia motora entendemos aquella que abarca todas las alteraciones o deficiencias orgánicas del aparato motor o de su funcionamiento que afectan al sistema óseo, articulaciones, nervios y/o músculos. Las personas afectadas por ellas presentan una clara desventaja en su aparato locomotor, determinada por limitaciones posturales, e desplazamiento, coordinación y manipulación, pudiendo integrar dos o más de ésta. A veces van acompañadas de otras alteraciones sensoriales, perceptivas y del lenguaje y en un porcentaje alto tienen conservada su capacidad intelectual.

Lo importante del proceso de intervención no debe centrar en el déficit que presenta el alumno, sino en las posibilidades de aprendizaje y las potencialidades educativas que éste puede desarrollar.

### 1.1.2 Enfermedades y causas de la deficiencia motora:

Son extensas y variadas, algunas de ellas que se pueden citar serían:

Artritis reumática juvenil, trastornos ortopédicos, agenesias de miembros, poliomielitis o parálisis infantil y traumatismos y fracturas.

Las que inciden más en el proceso educativo y requieren de mayores adaptaciones al currículo son la parálisis cerebral y la espina bífida.

#### *Etiología:*

- Lesiones del sistema nervioso central
- Lesiones del sistema nervioso periférico
- Lesiones por traumatismos
- Malformaciones congénitas.
- Trastornos psicomotores.

Es importante conocer las causas para poder llevar a cabo un diagnóstico lo más precoz posible.

## 2. CLASIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA MOTORA.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 28 – MARZO DE 2010

- Atendiendo a la fecha de aparición: Malformaciones congénitas, espina bífida, parálisis cerebral, traumatismos craneoencefálicos, traumatismos vertebrales y tumores.
- Atendiendo a la etiología, transmisión genética, madre portadora. Infecciones microbianas, accidentes, origen desconocido.
- Atendiendo a la localización topográfica: parálisis y paresia.
- Atendiendo a su origen: De origen cerebral, de origen espinal, de origen muscular, de origen óseo-articular.

### 3. Identificación de las n.e.e en alumnos con discapacidad motora.

#### 3.1 Parálisis cerebral

No es una enfermedad, es una lesión

Presenta una serie de características:

1. Trastornos debidos a lesión cerebral, se producen en el primer año de vida y puede ocurrir hasta los tres años.
2. Daño dominante de las funciones motrices, lo cual afecta al tono, a la postura, y al movimiento.
3. Afecta a la alimentación y al habla.

*Causas:*

35% Prenatales. La lesión es ocasionada durante el embarazo y pueden influir las condiciones desfavorables de la madre en la gestación.

55% Perinatales. Las lesiones suelen ocurrir en el momento del parto. Anoxia.

10% Postnatales. La lesión es debida a enfermedades ocasionadas después del nacimiento. Traumatismos craneales, infecciones...

Podemos establecer dos clasificaciones basándonos en:

- 1.- Espásticos. La lesión está localizada en el haz piramidal. Síntomas más frecuentes: hipertonía, hiperreflexión, etc.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 28 – MARZO DE 2010

2.- Atetósicos. La lesión está localizada en el haz extrapiramidal.

3.- Atáxicos. La lesión está localizada en el cerebro.

4.- Formas mixtas. Es raro encontrar casos puros de espasticidad, de atetosis o de ataxia. Lo frecuente es que se presente una combinación de ellas.

Según la parte afectada del cuerpo. Sólo se aplica al tipo espástico, ya que en la atetosis están afectadas las cuatro extremidades.

- Monoplejía: afecta a una ola extremidad.
- Paraplejía: afecta sólo a las piernas.
- Tetraplejía: afecta a las cuatro extremidades por igual.
- Diplejía: cuando están más afectadas las piernas que los brazos.

Las dificultades de aprendizaje que se dan en estos niños con frecuencia son:

- problemas de atención y concentración.
- Trastornos motores.
- *Retraso intelectual:*

Entre el 40 y 50% tienen un desarrollo intelectual por debajo de lo normal. Por lo tanto habrá que desarrollar al máximo sus potencialidades.

- *Trastornos del lenguaje:*

Dificultades para la expresión oral. Disartria.

Las alteraciones del lenguaje van a depender del tipo de parálisis y grado de afectación.

En los niños paralíticos atetósicos, existe una obstaculización del lenguaje y más concreto de la expresión oral, acompañada de mímica facial exagerada. Sus consecuencias son: problemas auditivos, incoordinación y arritmia respiratoria.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 28 – MARZO DE 2010

Los parálíticos atáxicos, debido a su lesión del cerebelo producen una voz monótona, débil y vacilante.

El tratamiento de los niños afectados con PC se debe enfocar de una manera muy integradora para poder conseguir el desarrollo de la personalidad. Abarca distintos aspectos como la motricidad, la logopedia y la terapia ocupacional, aunque también hay que tener en cuenta el tratamiento de los déficits sensoriales y el empleo de prótesis y otro material ortopédico. Ello requiere de trabajo cooperativo y multidisciplinar.

Espina bífida:

Anormalidad congénita de la columna vertebral consistente en que el canal vertebral no cierra, con riesgo de dañar la médula. Afecta a un 3% de la población infantil, con mayor prevalencia en niñas.

Tipos:

- Espina bífida abierta, donde el canal nemoral está directamente expuesto al exterior y los arcos vertebrales y la piel no se desarrollan correctamente.
- Mielomeningocele. Se caracteriza porque un segmento de médula mal formado desarrolla una hernia dorsal.
- Meningocele. Se manifiesta como el tipo anterior, pero la bolsa no contiene células nerviosas.
- Espina tumoral. Se caracteriza porque la hernia está constituida por un tumor.
- Espina bífida oculta. Hay una ausencia de fusión de una o más vértebras y no suele entrañar signo motor clínico.

*Intervención educativa:*

- De adecuación curricular y medios de acceso al currículo.
- De provisión de medios de acceso al currículo.

La programación de Aula recoge el conjunto de unidades didácticas en las que se desarrollarán los objetivos generales de etapa y de área, concretados para el ciclo y sus contenidos, a través de actividades de enseñanza-aprendizaje. Constituye en sí misma la adaptación curricular de aula y debe contener aquellas estrategias de adaptación curricular que hacen posible adecuar el currículo a las necesidades formativas de los alumnos.

Se centrará en las siguientes áreas:

- Comunicación y lenguaje.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 28 – MARZO DE 2010

Técnica Tariev, desarrolla tres niveles de actuación (reeducación de los trastornos motores del habla unidos a la lesión cerebral, reeducación logopédica y reeducación del vocablo y la semántica) Técnica Bobath (control del funcionamiento de la boca, reeducación de los trastornos motores del habla mediante la reeducación de la respiración, voz y movimientos bucoarticulatorios y la reeducación del vocablo y la semántica).

- Movilidad y autonomía personal.
- Motivación.
- Desarrollo intelectual.
- Socialización.

*Las adaptaciones curriculares como respuesta educativa:*

- *Adaptaciones en los elementos de acceso al currículo:*

Se consideran elementos de acceso al currículo los recursos, la organización, distribución de espacio, equipamientos, horarios, agrupamiento de alumnos, etc. No son menos importantes que las de los elementos básicos, ya que un diseño adecuado de una de estas adaptaciones puede hacer innecesarias otras adaptaciones significativas, aumentando de esta forma la eficacia de las actuaciones.

Para facilitar las actividades de aprendizaje y/o sus necesidades básicas, a la mejor manera de organizar los elementos materiales, personales y formales para que respondan a las necesidades educativas especiales que presentan los alumnos y a los cambios que haya que introducir en el centro/aula APRA que el alumno con deficiencia motora pueda desplazarse, comunicarse y acceder a los materiales que necesite utilizar.

- *Elementos personales:*

Tutor, profesor de apoyo, fisioterapeutas, logopeda, cuidador, trabajadores sociales y cuantos profesionales se sientan implicados en el proceso de intervención.

- *Elementos materiales:*

Es muy importante para estos alumnos la facilitación de los accesos, aulas, espacios, material didáctico, mobiliario, etc. Ya que necesitan adaptaciones para poder llevar a cabo con éxito la acción educativa.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 28 – MARZO DE 2010

Se pueden citar: rampa antideslizante, elevador de escalera, barras de apoyo, regulación de la altura de la mesa, posibilidad de convertir la superficie de la mesa en un plano inclinado para favorecer una postura correcta y mejorar la visión del trabajo que esté realizando, etc.

- Adaptaciones de los elementos curriculares básicos:

Objetivos, contenidos metodología, actividades y evaluación deben ser realizadas por los tutores en colaboración con los equipos docentes, profesores de apoyo, equipos de orientación educativa, etc. A partir de las prescripciones dadas por la Administración Educativa y de las necesidades específicas que presenten los alumnos, quedando reflejadas, como dijimos en su momento en el PCC y en las programaciones de aula.

Cada centro educativo debe tener establecido y contemplado un proceso consensuado y asumido por todos, que determine claramente los adjetivos y los pasos a seguir ante la aparición de alumnos con necesidades educativas especiales, y no esperar a que aparezca de forma esporádica y puntual.

Debemos tener en cuenta los siguientes pasos:

1.- Ante la detección de una dificultad en el proceso de enseñanza-aprendizaje, valorar dicha dificultad en todo su entorno, con la colaboración del profesor-tutor, el profesor de apoyo y el equipo de orientación educativa.

2.- Elaboración de un plan de refuerzo educativo integrado en la programación de aula que tengo en cuenta los estilos de aprendizaje, la adecuación de los recursos, etc.

3.- Ante alumnos que necesiten un mayor nivel de adaptación:

- Evaluación psicopedagógica:

- Sobre el alumno: hábitos y técnicas de trabajo intelectual, competencia en las áreas curriculares, estilo de aprendizaje, nivel de autoestima, conocimientos previos, etc.
- Sobre el contexto: escolar (agrupamientos, adecuación de recursos materiales, etc.) y sociofamiliar.

Para finalizar, la escolarización de un niño con discapacidad motora ha de realizarse siempre desde la perspectiva del principio de normalización.

A través de la escuela ordinaria, el sistema educativo debe ser capaz de optimizar y poner a disposición de estos alumnos los recursos necesarios para poder llevar a cabo dicho principio.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 28 – MARZO DE 2010

Comentario personal:

Hoy en día se podría decir que las adaptaciones tanto sociales como escolares se están llevando a cabo con éxito, cosa que pocos años atrás las barreras arquitectónicas seguían imperando incluso en hospitales y colegios. Gracias a la concienciación social este hecho está desapareciendo poco a poco.

En cuanto al ámbito escolar, que es el que nos concierne, los materiales y recursos, sobre todo en centros específicos se encuentran adaptados. En mi experiencia de prácticas he podido comprobarlo personalmente y se puede observar como los niños no tienen dificultades ni de acceso al colegio ni al currículo, ya que disponen de todas las adaptaciones necesarias.

## BIBLIOGRAFÍA

- Peñafiel Martínez, F. (2003). *Discapacidad motora: Intervención psicopedagógica*. Universidad de Granada. Editorial Pirámide.
- Cardona, M. , Gallardo, V. Y Salvador, M<sup>a</sup>. (2001). *Adaptemos la escuela: orientaciones ante la discapacidad motórica*. Archidona Aljibe.
- Puyuelo, M. Y Arriba, J.M. (2000). *Parálisis cerebral infantil. Aspectos comunicativos y psicopedagógicos. Orientaciones al profesorado y a la familia*. Málaga, Aljibe.

Autoría

---

- Nombre y Apellidos: Álvaro Díaz Ortiz
- Centro, localidad, provincia: sin centro
- E-mail: aludior@gmail.com