



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 9 – AGOSTO DE 2008

“LOS ALUMNOS CON DEFICIENCIA MOTORA”

AUTORIA CATALINA OLMEDO LIGERO
TEMÁTICA PARÁLISIS CEREBRAL
ETAPA EI, EP, ESO,...

Resumen

Es muy importante que como profesores conozcamos el concepto de alumnos con déficit motor, ya que tal concepto nos ayudará a conocer las necesidades educativas que dichos alumnos pueden plantear. Además debemos de tener en cuenta que no podemos contar con una definición única y aplicable a todos los alumnos, pues existe una gran variabilidad dentro de las personas afectadas por una deficiencia motora.

Palabras clave

Deficiencia motora, parálisis cerebral, espástica, atetode, atásica, trastornos asociados causas, clasificación, etc.

1. CONCEPTO DE DEFICIENCIA MOTORA.

Consideramos alumno/a con deficiencia motora a aquel que presenta de manera transitoria o permanente alguna alteración en su aparato motor debido a un deficiente funcionamiento en el sistema óseo-articular, muscular y/o nervioso y que en grados variables limita algunas o muchas de las actividades que pueden realizar el resto de los niños de su edad.

En los últimos años se ha pasado de una concepción basada en la deficiencia, donde lo importante era determinar lo más exactamente posible la etiología, gravedad, características, etc de la lesión, con el objetivo final de establecer el tratamiento médico educativo que correspondiese a la categoría diagnóstica donde resultase encuadrada dicha deficiencia, a otra muy distinta: una perspectiva en la que lo esencial son las necesidades educativas que tiene ese alumno en un medio social y escolar concreto.

Partir de esta perspectiva no implica olvidarnos de la existencia del hándicap en el alumno, pro sí que lo importante no es encuadrar al alumno en una clasificación, sino hacer un estudio real de cómo se encuentra funcionalmente, qué factores intervienen en la discapacidad motriz, cómo ésta influye en los procesos de desarrollo y aprendizaje para desde esa comprensión identificar sus necesidades educativas y decidir cómo dar una respuesta adecuada a dichas necesidades con el fin de ayudarle a llegar al máximo de sus potencialidades



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 9 – AGOSTO DE 2008

1.1. Clasificación y etiología.

El grupo de alumnos al que nos referimos es de una gran heterogeneidad y diversidad. Las causas de esto radican en la pluralidad que puede presentar la afectación motriz. Existen múltiples clasificaciones sobre la deficiencia motriz, si bien se suele atender a tres criterios:

A- SEGÚN EL ORIGEN DE LA LESION.

1) Origen Cerebral:

- Parálisis Cerebral.
- Traumatismos craneo-encefálicos.
- Tumores.

2) Origen Espinal:

- Espina Bífida.
- Poliomielitis anterior aguda.
- Traumatismos medulares.
- Lesiones medulares degenerativas: enfermedad de Werding-Hoffman, Síndrome de Wohlfart-Kugelberg.

3) Origen Muscular:

- Miopatías: Distrofia muscular progresiva de Duchenne de Boulogne, Distrofia escapular de Landouzy-Dejerine.

4) Origen Osteo-Articular:

- Malformaciones congénitas: amputaciones congénitas, luxación congénita de caderas, artrogriposis.
- Distróficas: osteogénesis imperfecta.
- Microbianas: tuberculosis óseo-articular, osteomielitis aguda.
- Reumatismos de la infancia: reumatismo articular agudo, reumatismo crónico.
- Lesiones osteo-articulares por desviación del raquis: cifosis, lordosis, escoliosis.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 9 – AGOSTO DE 2008

B.-SEGUN LA LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA O ZONA AFECTADA.

- 1) MONOPLEJIAS: alteraciones en las que sólo se encuentra afectado un miembro, ya sea brazo o pierna.
- 2) HEMIPLEJIAS: afectación de un lado simétrico del cuerpo, (ya sea derecho o izquierdo).
- 3) PARAPLEJIAS: ambos miembros inferiores están afectados.
- 4) TETRAPLEJIAS: cuando la alteración afecta a los cuatro miembros.
- 5) DIPLEJIAS: parálisis o alteración que afecta más a los miembros inferiores que a los superiores.

Podemos hablar también del término **Paresias** para referirnos a una parálisis ligera, de esta forma hablaríamos de moniparesia, hemiparesia, paraparesia, tetraparesia.

C-. SEGÚN LA ETIOLOGÍA.

Podemos diferenciar los siguientes grupos:

- 1) Transmisión genética: madre portadora, ambos padres portadores recesivos de una misma alteración genética, etc.
- 2) Infecciones microbianas: tuberculosis ósea, poliomielitis anterior aguda.
- 3) Accidentes: parálisis cerebral, coma por traumatismo craneal, amputaciones, etc
- 4) Origen desconocido: espina bífida, escoliosis ideopática, tumores.

Si a todos estos criterios le unimos el que pueden ir acompañados de otros trastornos asociados de tipo sensorial, perceptivo o intelectual, podemos imaginarnos el grado de diversidad de necesidades educativas especiales que pueden presentar estos alumnos.

A nivel educativo se nos plantea una problemática en cuanto a la intervención ya que la afectación cambia de un sujeto a otro, aunque como ya hemos dicho, lo importante del proceso de intervención no debe centrarse en el déficit que presenta el alumno sino en las posibilidades de aprendizaje y en las potencialidades educativas que este puede desarrollar.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 9 – AGOSTO DE 2008

2. LAS DEFICIENCIAS MOTORAS MÁS COMUNES.

En este punto vamos a centrarnos a analizar la parálisis cerebral, ya que considero que es una de las deficiencias motoras más comunes que nos podemos encontrar entre nuestros alumnos.

2.1- La Parálisis Cerebral.

Las definiciones de esta patología difieren según los autores que la tratan.

Para la Comisión Mundial de Parálisis Cerebral, reunida en Berlín en 1966, la parálisis cerebral es un trastorno persistente pero no invariable de la postura y el movimiento debido a una disfunción del encéfalo antes de que su crecimiento y desarrollo se completen.

Según Corominas y Torras, (1964), la parálisis cerebral es la secuela de una afección encefálica que se caracteriza primordialmente por un trastorno persistente pero no invariable del tono, la postura y el movimiento, que aparece en la primera infancia y que puede ser debida a la influencia que dicha lesión ejerce en la maduración neurológica.

No obstante existen una serie de características que nos permiten delimitar dicho concepto, tales como:

- a) En primer lugar, que los trastornos son debidos a una lesión cerebral, (encéfalo), que interfiere en el desarrollo normal del niño. Se produce en el primer año de vida y puede ocurrir hasta los tres años.
- b) Se distingue por el daño dominante de las funciones motrices, el cual afecta al tono, (contracción muscular en reposo), a la postura (equilibrio del individuo) y al movimiento (acción motora voluntaria).
- c) Hay un concepto generalizado de que la lesión no es evolutiva pero sus consecuencias pueden variar en el niño. Los trastornos motores afectan en la mayoría de los casos a los órganos motores bucofonadores y dificultan el desarrollo de la alimentación y el habla.
- d) Aunque puedan existir trastornos asociados, a menudo sus facultades intelectuales se mantienen intactas.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 9 – AGOSTO DE 2008

Las **causas** de la parálisis cerebral no deben atribuirse a un factor único, aunque todos desarrollan como determinante común la deficiente maduración del Sistema Nervioso Central. Entre otras causas señalamos:

- a) **Factores prenatales:** atribuidas en un 35% de los casos. Se trata de lesiones ocasionadas durante el embarazo debidas a : enfermedades infecciosas de la madre, (rubéola, toxoplasmosis, herpes, sífilis..), anoxias, enfermedades metabólicas congénitas cuyos efectos se manifiestan tras el nacimiento, etc.
- b) **Factores perinatales:** atribuidas a un 55% de los casos. Se trata de lesiones ocasionadas durante el parto, son las más frecuentes: anoxias y asfixia, parto laborioso, (demasiados prolongados), traumatismos, prematuridad, etc.
- c) **Factores postnatales:** atribuidas a un 10% de los casos. Se consideran hasta los tres años: deshidratación aguda, anomalías metabólicas, traumatismos, etc.

Dentro de la Parálisis Cerebral podemos hacer varias clasificaciones, basándonos en:

1- Los efectos funcionales. Se trata de una clasificación denominada Clínica. Se basa en el lugar donde se localiza la lesión cerebral. De esta forma podemos hablar de:

a) ESPASTICAS.

Ocurre en el 75% de los casos. La lesión está localizada en el haz piramidal, el cual rige los movimientos voluntarios, procediéndose por ello un incremento del tono muscular al realizar estos movimientos voluntarios.

Los movimientos son rígidos, bruscos y lentos. Los síntomas más frecuentes son: hipertonía, (incluso en reposo), hiperextensión, umbral de excitación bajo y clonus (alteración rítmica, a sacudidas, rápida de las contracciones y relajaciones musculares).

El lenguaje es explosivo, interrumpido por largas pausas y en casos muy graves bloqueado. Fallos en el rito y espasticidad en los órganos respiratorios. La articulación es lenta con vocales distorsionadas y escape nasal. Es probable que les cueste controlar el babeo.

Con respecto a la personalidad, ésta se caracteriza por ser pasiva y retraída, sin motivación para explorar el entorno.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 9 – AGOSTO DE 2008

b) ATETOIDE.

Ocurre en el 7% de los casos. La lesión está localizada en el haz extrapiramidal. Se caracteriza por la presencia de movimientos irregulares, continuados, lentos y espontáneos, que pueden localizarse sólo en las extremidades o extenderse a todo el cuerpo.

Los movimientos involuntarios resultantes son lentos, oscilan entre actitudes extremas de hiperextensión y de flexión. Aumentan con la tensión emocional, se atenúa en reposo y desaparece durante el sueño.

Con respecto al lenguaje el habla es incoordinada y carente de ritmo. Suele haber afectación en la lengua y en los músculos que intervienen en la masticación, la espiración y la articulación. La voz es semejante a un quejido.

c) ATAXIA.

Ocurre en el 8% de los casos. La lesión se encuentra en el cerebelo o en sus vías y se manifiesta en:

- problemas de equilibrio y precisión de movimientos,
- marcha insegura y rígida y con caídas frecuentes,
- mal control de cabeza-tronco y falta de estabilidad del tronco al mover los brazos,
- constante bajo tono muscular,
- movimientos lentos,
- incoordinación de las manos y ojos, etc

d) FORMAS MIXTAS.

Lo frecuente es una combinación de las formas anteriores. Son comunes espasticidad y atetosis y con menor frecuencia ataxia y atetosis.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 9 – AGOSTO DE 2008

2- En función de la topografía corporal o parte afectada del cuerpo, recibirá nombres distintos:

- a) MONOPLEJIA: parálisis de un solo miembro.
- b) HEMIPLEJIA: afecta a la mitad del organismo.
- c) PARAPLEJIA: afecta a las dos piernas.
- d) TETRAPLEJIA: parálisis conjunta de los miembros superiores e inferiores.
- e) DIPLEJIA: afectación mayor en los miembros inferiores que los superiores.

Una vez analizados los tipos de parálisis cerebral que nos podemos encontrar entre nuestros alumnos es necesario exponer algunas características y trastornos asociados a ella. La deficiente maduración cerebral afecta en muchos casos a otras funciones ocasionando trastornos y alteraciones como:

a) Trastornos del lenguaje:

Podemos observar desde el nacimiento una evolución anormal de la motricidad de los órganos que intervienen en la absorción de los alimentos y posteriormente en la producción del lenguaje.

En el lenguaje expresivo se detecta lentitud en el habla, modificaciones en la voz, es frecuente la aparición de disartrias, encontrándonos en algunos casos con una ausencia total del lenguaje por lo que es necesario recurrir a sistemas alternativos de comunicación.

b) Trastornos auditivos:

La incidencia de estos trastornos en la parálisis cerebral es alta. Es poco frecuente que se de una sordera completa, sino más bien parcial y relacionada con la captación de sonidos agudos.

c) Trastornos visuales:

Con frecuencia suele estar alterada la coordinación de los músculos oculares, mostrándose una coordinación insuficiente entre ambos ojos y un desdoblamiento de la imagen.

d) Trastornos del desarrollo mental:

No se puede establecer una relación causal entre lesión cerebral e inteligencia, puesto que ésta no siempre se ve afectada.

Podemos encontrarnos casos de inteligencia normal y otros cuyo nivel intelectual es bajo.

e) Trastornos de la personalidad:

Son con frecuencia muy sensibles desde un punto de vista emocional.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 9 – AGOSTO DE 2008

3. BIBLIOGRAFÍA:

- C.N.R.E.E. (1990): “Las N.E.E. del niño con deficiencia motora”.
- Gallardo M. V. y Salvador M.L.: “Discapacidad motórica”. Málaga. Ediciones Aljibe.
- Owran L. (1985): “Los símbolos Bliss. Una introducción”. Madrid. MEC.
- Cardona M, Gallardo M.V., y Salvador M.L. (1994 y1996): “Catálogo de ayudas técnicas e informáticas para alumnos /as con discapacidad motórica”. Sevilla. Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía.
- Marchesi, Coll y Palacios, (1999): “Desarrollo psicológico y educación III”. Madrid. Editorial Alianza.
- Bautista R, (1992): “Necesidades educativas especiales”. Málaga. Editorial Aljibe.
- Sánchez Montoya R (2002): “Ordenador y discapacidad: guía práctica. Madrid. CEPE.
- Guía para la atención educativa a los alumnos/as con discapacidad motora. Consejería de Educación y Ciencia. Dirección General de Orientación Educativa y Solidaridad. Sevilla. 2003.

Autoría

- Catalina Olmedo Ligeró.
- Chiclana de la Frontera. Cádiz
- E-MAIL: learsiaragon@hotmail.com