

El niño con discapacidad motriz

Autor: Mengual Caudeli, Aina (Maestro. Especialidad en Educación Infantil Graduado de Primaria con Mención en Lengua Inglesa. Asesora de formación del CEFIRE).

Público: Maestros. **Materia:** Pedagogía Terapéutica. **Idioma:** Español.

Título: El niño con discapacidad motriz.

Resumen

El artículo se centrará en la espina bífida, entendida como malformación congénita del tubo neural que afecta a tres de los principales sistemas del organismo: el sistema nervioso central, el aparato locomotor y el sistema genitourinario. Esta deformidad, a pesar de ser de origen prácticamente desconocido, es la afectación de origen espinal más grave y común compatible con la vida y la segunda causa de discapacidad física en la infancia, después de la parálisis cerebral, según la Federación Española de Asociaciones de Espina Bífida e Hidrocefalia (FEBHI).

Palabras clave: Espina bífida, inclusión educativa, necesidades educativas especiales.

Title: The child with motor impairment. The integration of the poor engine in the ordinary school.

Abstract

The article will focus on spina bifida, understood as congenital malformation of the neural tube that affects three of the major systems of the organism: the central nervous system, the locomotor system and the genitourinary system. This deformity, despite being of almost unknown origin, is the most serious and common spinal affectation compatible with life and the second cause of physical disability in childhood, after cerebral palsy, according to the Spanish Federation of Associations of Spina Bifida and Hydrocephalus (FEBHI).

Keywords: spina bifida, educational inclusion, special educational needs.

Recibido 2017-11-02; Aceptado 2017-11-07; Publicado 2017-12-25; Código PD: 090005

CONCEPTUALIZACIÓN

Consideramos que una persona posee una deficiencia motriz cuando presenta de manera transitoria o permanente claras desventajas en su aparato locomotor en relación con los demás miembros de la población. Dichas alteraciones están causadas por un funcionamiento deficiente del sistema nervioso central, del sistema muscular, del sistema óseo o de una conjunción de los tres, dificultando o impidiéndole la movilidad funcional de uno o más partes del cuerpo.

La usual clasificación de deficientes físicos, psíquicos y sensoriales no siempre tiene unos límites precisos y es frecuente que coincidan distintos tipos en la misma persona, como ocurre con los parálíticos cerebrales. Generalmente se incluye al niño en uno u otro, según el tipo de deficiencia predominante.

Desde el punto de vista educativo, cabe destacar la aceptable conservación de las funciones intelectuales en el heterogéneo grupo de los deficientes físicos. No obstante, no quiere decir que no puedan presentar notables escollos escolares. Hay que tener presente, mayoritariamente en las deficiencias congénitas o producidas en edades tempranas, la falta de experiencias consecutivas a la dificultad de movimientos o manipulación y la posible carencia de interacción normal con el entorno. Esto supone una desinformación de datos imprescindibles para una correcta programación de las funciones intelectuales, por tanto pueden resultar afectadas en algún aspecto. Cuando hablamos de deficiente motor con aceptable conservación de inteligencia entendemos que, al menos, el factor de razonamiento o de la inteligencia general está potencialmente conservado, aunque los factores verbales, manipulativos y de especialización estén afectados. Por tanto, si desde el ámbito educativo somos capaces de eludir las barreras que se oponen a la adquisición de una información correcta por parte del alumno, podrá programarse debidamente su cerebro y esa inteligencia potencial se desarrollará adecuadamente.

CAUSAS

Las causas que producen las alteraciones motrices en los niños son muchas y muy variadas. En la siguiente tabla-resumen podemos observar una clasificación de las mismas. Éstas son las siguientes:

Causas prenatales: condiciones desfavorables de la madre durante la gestación, que pueden ser de tipo genético, alimenticio, metabólico, medicamentoso o tóxico.

Causas perinatales: falta de oxígeno durante el parto, algún traumatismo...

Causas postnatales: pueden ocurrir durante la maduración del sistema nervioso, generalmente durante los tres primeros años de vida. Las más destacables son las infecciones (meningitis, encefalitis), los traumatismos por accidentes graves, trastornos vasculares o intoxicaciones.

Se pueden realizar diferentes clasificaciones atendiendo a variables diversas. Las más usuales son:

Según la intensidad:

1. *Leve*: permite una autonomía prácticamente total, con capacidad para la marcha y el habla.
2. *Moderada*: presenta dificultades en la marcha y en el habla, y puede precisar algún tipo de ayuda o asistencia.
3. *Grave*: suele implicar autonomía casi nula, con incapacidad para la marcha y afectación severa en el habla.

Según la zona del cuerpo afectada:

1. *Monoplejía o monoparesia*: un único miembro, inferior o superior se ve afectado.
2. *Hemiplejía o hemiparesia*: afecta a una de las dos mitades laterales del cuerpo (izquierda o derecha).
3. *Paraplejía o paraparesia*: afecta a los miembros inferiores.
4. *Tetraplejía o tetraparesia*: afecta a todos los miembros tanto inferiores como superiores.

Las terminaciones “plejía” y “paresia” significan parálisis total o parálisis parcial o leve, respectivamente.

Según la afectación del tono muscular:

1. *Espástica*: consiste en un aumento exagerado del tono muscular (hipertonía). Se caracteriza por movimientos muy rígidos, exagerados y poco coordinados.
2. *Atetósica o atetode*: consiste en una fluctuación de hipertonía o hipotonía y se presenta con movimientos lentos, retorcidos e incontrolables. En este grupo son frecuentes las afecciones en la audición.
3. *Atáxica*: se caracteriza por una alteración en el equilibrio corporal y una marcha insegura. Igualmente se presentan dificultades en la coordinación y el control de ojos y manos.
4. *Mixta*: es frecuente que las personas que tienen deficiencias motrices presenten síntomas de las tres clases anteriores y, por tanto, hablaremos de un tipo mixto.

TIPOS DE DEFICIENCIAS MOTRICES

Los tipos de deficiencias motrices son también múltiples. A continuación enumeramos los principales grupos que existen:

- Reumatismos en los niños, concretamente la artritis reumatoide infantil y juvenil.
- Las afecciones ortopédicas: luxación congénita de cadera, deformidades del pie, etc.
- Las agnesias de miembros.
- Las escoliosis y cifosis.
- Las enfermedades de los músculos: distrofias musculares que pueden disminuir las funciones intelectuales.
- Las afecciones de la neurona motora baja, astas anteriores a la médula, como la poliomeilitis, atrofia muscular y polioneuropatías crónicas.
- Las paraplejías, tetraplejías y hemiplejías de origen traumático, debidas a accidentes.
- Las parálisis cerebrales con inteligencia conservada (un 25% del total).
- Los mielomeningoceles o niños con espina bífida con inteligencia conservada (un 60% del total).

En el caso de las deficiencias motrices por causa prenatal o neonatal, es muy importante para el futuro desarrollo y control del niño la detección temprana de la enfermedad. Existen unas técnicas de diagnóstico precoz que son utilizadas por los neonatólogos y neurólogos infantiles cuando existe sospecha de que puede haber un síndrome o trastorno motórico. A continuación describimos algunas de las más usuales:

- *Medición del perímetro craneo-encefálico.* En los niños con algún trastorno motórico el perímetro craneal está poco desarrollado o desarrollado anormalmente; puede aparecer micro o macrocefalia.
- *Ecografía y amniocentesis materno-fetal,* con la finalidad de observar las malformaciones congénitas o adquiridas por el feto durante el embarazo.
- *Serología materna* que detecta aquellas infecciones o enfermedades que padece la madre y pueden afectar al desarrollo del feto.
- *Ecografía cerebral* que permite detectar las malformaciones estructurales del cerebro en los síndromes de parálisis cerebral, neuropatías, etc.
- *TAC (tomografía axial computarizada) y SCANNER.*
- *Serología postnatal,* la cual determina los niveles de glucosa, bilirrubina y calcemia, en aquellos recién nacidos con riesgo de trastornos metabólicos.
- *Electroencefalograma,* que aunque no es muy fiable en los recién nacidos, tiene un valor positivo cuando aparece reflejado en él cualquier trastorno neuronal.
- *Test de Denver,* utilizado en aquellos niños con alto riesgo hasta los 16 meses. Mide los comportamientos reflejos y las adquisiciones motoras en las siguientes etapas de su desarrollo: control de cabeza y tronco, sedestación, deambulación y aparición de los primeros signos del lenguaje.

INTEGRACIÓN EN EL AULA ORDINARIA

La orientación y el tratamiento temprano son amplísimos. Se recomienda empezar por prevenir durante el embarazo y el parto; el tratamiento posterior se encamina hacia la rehabilitación, el tratamiento medicamentoso y quirúrgico.

La tendencia legislativa predominante en la actualidad es la de integrar a estos niños en escuelas ordinarias, siempre que se les puedan ofrecer aquellos recursos educativos que su discapacidad requiera. Si pretendemos alcanzar las metas de normalización e integración del minusválido, la educación especial supone una forma de segregación. No obstante, hay que tener en cuenta que un niño discapacitado no se integra sencillamente porque se le sitúe en un aula ordinaria. Si no llevamos a cabo una educación personalizada que atienda a sus necesidades, estos alumnos pueden estar tanto o más segregados que en una escuela especial en la que cumplan una serie de circunstancias integradoras. El tema de la integración diferirá en cada grupo de discapacitados, dado que la afectación motora puede ser de mayor o menor intensidad y la distribución de las perturbaciones de la motricidad también cambia según el caso. Además, debemos tener en cuenta que también puede haber trastornos asociados que produzcan complicaciones complementarias. Como regla general ha de intentarse que el niño que tiene conservadas sus facultades intelectuales se integre en la escuela ordinaria siempre que sea posible.

Bibliografía

- Rosell, C.; Soro-Camats, E.; Basil, C. (2010). Alumnado con discapacidad motriz. Barcelona: Graó
- Latorre, A.; Bisetto, D. (2009). Trastornos del desarrollo motor: Programas de intervención y casos prácticos. Madrid: Pirámide
- Martín Caro, S. (1990). Las necesidades educativas especiales del niño con deficiencia motórica. Definición y clasificación. Madrid: Alianza Psicología