

TEMA 12. Psicomotricidad y necesidades específicas de apoyo educativo en la discapacidad motora

Psicomotricidad, atención continuada y necesidades específicas

Índice

- 1.- Introducción
- 2.- Clasificación
- 3.- Trastornos motóricos con afectación cerebral: ***parálisis cerebral***
 - 3.1.- Concepto
 - 3.2.- Etiología
 - 3.3.- Clasificación
 - 3.4.- Síntomas asociados
 - 3.5.- Características del desarrollo psicomotor
 - 3.6.- Evaluación
 - 3.7.- Intervención
- 4.- Trastornos motóricos sin afectación cerebral: ***Poliomielitis, Espina bífida, Miopatías***



Definición de deficiencia motora

- ▶ La deficiencia motora es una alteración permanente o transitoria del aparato motor debida a una anomalía en el funcionamiento del sistema óseo – articular, nervioso y/o muscular (Definición OMS)
- ▶ Su desventaja viene determinada por limitaciones posturales, de desplazamiento, de coordinación y/o manipulación. A veces van acompañadas de otras alteraciones (sensoriales, perceptivas, del lenguaje oral, de la función de eliminación, ...)

Clasificación

- ▶ En función de diferentes criterios:

- 1) Según el grado de afectación: en función de que la pérdida de movimiento sea parcial o total:

- ▶ *Parálisis (o plejia)*: no puede mover nada el miembro o miembros afectados
 - ▶ *Paresia*: se puede mover algo, aunque menos de lo normal

- 2) Según la localización:

- ▶ Los cuatro miembros: tetraplejia o tetraparesia.
 - ▶ El brazo y la pierna del mismo lado del cuerpo: hemiplejía o hemiparesia.
 - ▶ Las dos piernas: paraplejía o paraparesia.
 - ▶ Un solo miembro, o incluso una parte del mismo, como un pie o una mano: monoplejia o monoparesia.



Clasificación

3) Según su etiología:

- ▶ Causas genéticas (deficiencias de tipo muscular)
- ▶ Causas prenatales: intoxicaciones, infecciones
- ▶ Causas perinatales: anoxias, traumatismos craneales, prematuridad
- ▶ Causas postnatales: infecciones, accidentes, tumores

4) Según su origen o sistema anómalo predominante:

- ▶ Referidas al sistema nervioso:
 - ▶ de origen cerebral (parálisis cerebral, traumatismos, tumores..);
 - ▶ de origen espinal (espina bífida, poliomyelitis, lesiones medulares,...).
- ▶ Referidas al sistema muscular (miopatías o distrofias musculares progresivas)
- ▶ Referidas al sistema óseo–articular: malformaciones,....

PARÁLISIS CEREBRAL

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. Comisión mundial de PC (1966)

Según **García Fernández**, la PC se caracteriza por:

1. Lesión en el SNC no maduro
2. Afectación del movimiento y de la postura
3. Lesión permanente pero no progresiva

Etiología de la parálisis cerebral

CAUSAS PRENATALES

Rubéola, incompatibilidad del Rh sanguíneo,....

Aproximadamente el 35% de los casos de PC se deben a este tipo de causas

CAUSAS PERINATALES

Anoxia durante el parto por el empleo de fórceps, un parto prolongado, vueltas del cordón umbilical,...

Aproximadamente el 55% de los casos de PC se deben a este tipo de causas

CAUSAS POSTNATALES

Traumatismos craneales, infecciones, accidentes vasculares,...

Casi el 10% de los casos de PC están producidos por estas causas

Clasificaciones de la PC

Según los MIEMBROS AFECTADOS

- ▶ **MONOPLEJÍA O MONOPARESIA:** Está afectada una extremidad
- ▶ **HEMIPLEJÍA O HEMIPARESIA:** Afectación del brazo y la pierna del mismo lado
- ▶ **DIPLEJÍA O DIPARESIA:** Parálisis total en las extremidades inferiores y parcial, en las superiores
- ▶ **PARAPLEJÍA O PARAPARESIA:** Afectación en las extremidades inferiores
- ▶ **TRIPLEJÍA O TRIPARESIA:** Un brazo está menos afectado que los otros 3 miembros
- ▶ **TETRAPLEJÍA O TETRAPARESIA:** 4 miembros con igual afectación

Según la ALTERACIÓN DEL TONO MUSCULAR

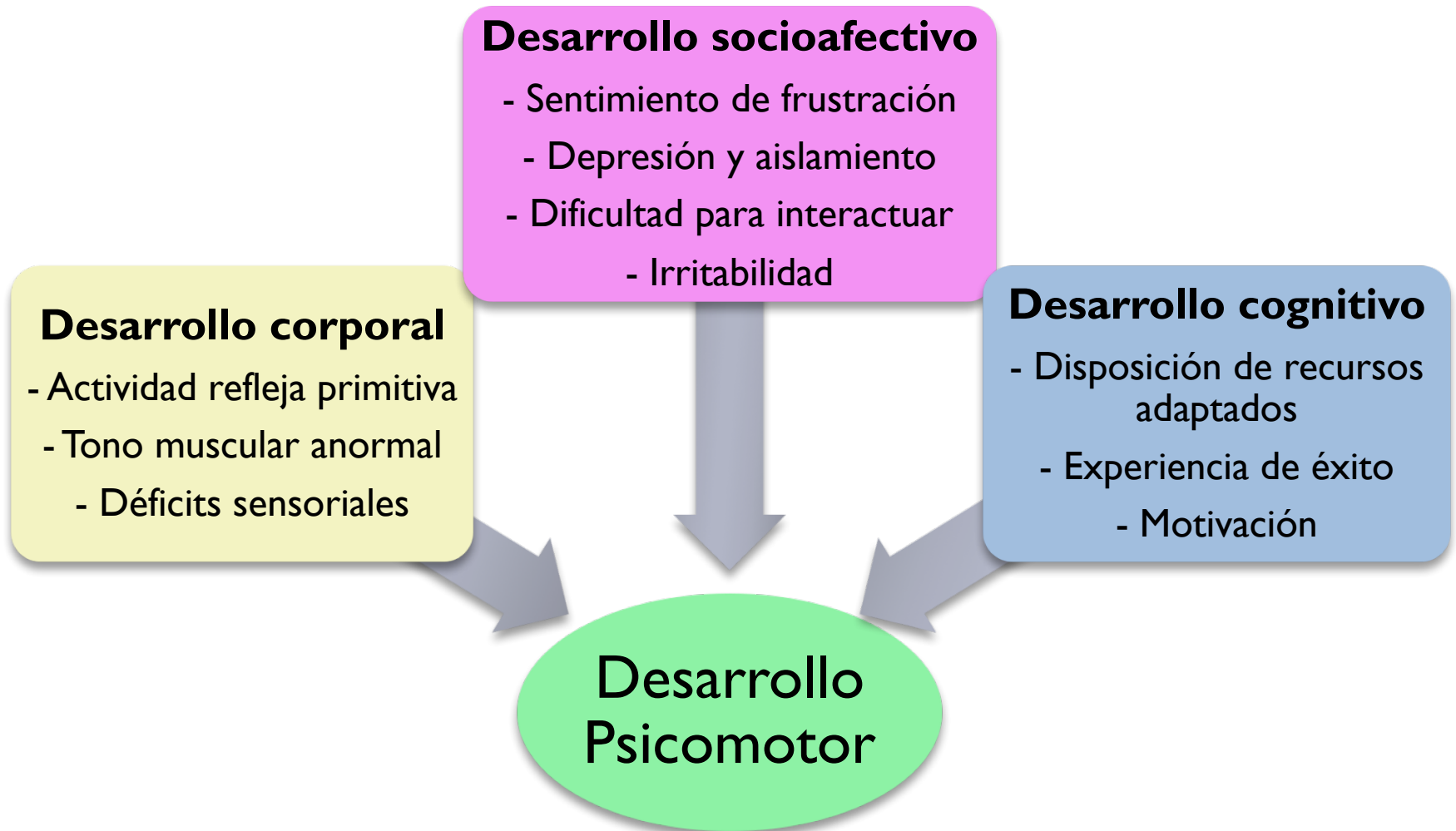
- ▶ **ESPASTICIDAD:** Lesión en la corteza cerebral (sistema piramidal). Movimientos voluntarios, rigidez muscular, hipertoniá y afecta al habla. Algo menos del 70% de los casos
- ▶ **ATETOSIS:** Lesión situada en la zona extrapiramidal (ganglios basales). Movimientos involuntarios y reflejos, lentos. Mayor afectación en las extremidades superiores. 25% de los casos aproximadamente
- ▶ **ATAXIA:** Lesión en el cerebelo. Alteraciones en la coordinación y el equilibrio, inestabilidad en la marcha y grandes déficits de coordinación óculo-manual., hipotonía. Algo menos del 10% de los casos



SÍNTOMAS

- ▶ **Alteraciones del tono muscular**
- ▶ **Alteraciones del movimiento**
- ▶ **Trastornos sensoriales asociados en algunos casos**
- ▶ **Problemas perceptivos**
- ▶ **Retraso mental en casi un 50% de los casos**
- ▶ **Problemas con la alimentación**
- ▶ **Problemas del habla**
- ▶ **Trastornos comiciales**

Características del desarrollo psicomotor



Evaluación

- ▶ **ESCALA DE APGAR.** Se aplica nada más nacer y a los 10 minutos siguientes, se repite
- ▶ Observación de las conductas reflejas en el recién nacido (ausencia o persistencia)
- ▶ Posturas que son **signos de alarma**:
 - Cuando el bebé sentado en el regazo mantiene las piernas rígidas y extendidas y el pulgar contraído en la palma de la mano
 - Cuando el bebé tumbado boca abajo mantiene un brazo oprimido contra su cuerpo
 - Cuando el bebé boca abajo, con la cabeza levantada y apoyado en los antebrazos, mantiene las manos cerradas

Test de Apgar

APENDICE B (Normativo) **VALORACION DEL RECIEN NACIDO** **METODO DE APGAR**

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPO- VENTILACION	BUENO. LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMI- DADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXION
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO. ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO
COLOR	AZUL. PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSADO

Evaluación psicomotriz desde postura vivenciada



Intervención psicomotriz desde postura dirigida

Dirigida al desarrollo corporal y cognitivo

Esquema corporal

- ▶ Coordinación general
- ▶ Desarrollo general del equilibrio
- ▶ Lateralidad
- ▶ Tono (presentan distonía) → Relajación progresiva de Jacobson

Esquema espacial y temporal

- ▶ Orientación espacio-temporal
- ▶ Organización espacio-temporal



Intervención psicomotriz desde postura vivenciada



SISTEMAS DE COMUNICACIÓN AUMENTATIVA Y ALTERNATIVA

Recursos que permiten la expresión a través de símbolos diferentes a la palabra articulada

SISTEMAS SIN AYUDA

No requieren ningún tipo de instrumento para que se dé la comunicación. Se usan movimientos de la cara, la cabeza, manos...

- **Códigos gestuales no lingüísticos**
- **Sistemas de signos manuales de los no oyentes**
- **No son útiles con dificultades motóricas graves**

SISTEMAS DE COMUNICACIÓN CON AYUDA

Precisan instrumentos o ayudas técnicas para facilitar la comunicación. Están formados por un conjunto de símbolos y reglas, junto a los mecanismos técnicos

- **S. P. C. (SYMBOLS PICTURE COMMUNICATION). M. Johnson, 8 l.**
- **SISTEMA BLISS. CH. Bliss, 65**

Intervención psicomotriz desde postura vivenciada

Procedimientos de intervención

Masaje

La exploración del espacio sensoriomotor

La exploración del espacio simbólico

La exploración del espacio de la representación

La música



INTERVENCIÓN

Durante los 2-3 primeros años, estimulación temprana

Entre los 3-5 años, fisioterapia y terapias para el desarrollo del lenguaje (proporcionan medios alternativos de comunicación que completan la palabra o incluso la sustituyen)

Terapia ocupacional (basada en la estimulación sensorial)

Entrenamiento de la motricidad manual fina y los hábitos básicos de autonomía.

La escuela (supresión de barreras arquitectónicas)



TRASTORNOS MOTÓRICOS SIN AFECTACIÓN CEREBRAL

Debilidad
muscular

Parálisis aguda
flácida

POLIOMELITIS

Enfermedad producida por un virus que provoca una inflamación en la médula espinal.

Prácticamente erradicada.

No hay
trastornos
sensoriales

No hay
trastornos de
control de
esfínteres

TRASTORNOS MOTÓRICOS SIN AFECTACIÓN CEREBRAL. *ESPINA BÍFIDA*

Desarrollo incompleto del cierre del canal óseo de la columna vertebral. Mayor incidencia en la zona lumbar y sacra.

TIPOS



ESPINA BÍFIDA OCULTA

ESPINA BÍFIDA CÍSTICA
O QUÍSTICA



MENINGOCELE
MIELOMENINGOCELE



SÍNTOMAS DE ESPINA BÍFIDA

- ▶ Carencia de control muscular en miembros inferiores
- ▶ Pérdida de sensibilidad (dolor, temperatura, presión,...)
- ▶ Déficit en la coordinación motórica fina y déficit perceptivo-motriz
- ▶ Retraso mental
- ▶ Falta de control de esfínteres
- ▶ Hidrocefalia (70-80% de los casos)

TRASTORNOS MOTÓRICOS SIN AFECTACIÓN CEREBRAL. MIOPATÍAS

Trastornos físicos caracterizados por una distrofia muscular (debilidad y atrofia del tejido muscular que con el paso del tiempo hay una pérdida de fuerza, discapacidad y en ocasiones deformidades), con progresiva degradación de la masa muscular y sin afectación del sistema nervioso.

Origen genético.

Se *diagnostica* a través de:

1. Electromiografía
2. Análisis de creatina
3. Biopsia muscular



TIPOS DE DISTROFIAS

- ▶ **Distrofia muscular tipo Duchenne.** Aparece durante la 1ª o 2ª infancia y afecta sólo a varones. Comienza por la degeneración progresiva de los músculos voluntarios de los miembros inferiores. Comienza con dificultades para sostenerse en pie y subir escaleras. Esperanza de vida no superior a los 15 años.
- ▶ **Distrofia muscular tipo Landouzy-Dèjerine.** Afecta a ambos sexos y suele aparecer en la 2ª infancia. Comienza afectando a los músculos de la cara, mímica facial, cuello, hombros y miembros superiores. Evolución más lenta que la anterior.
- ▶ **Distrofia muscular ocular.** Comienza afectando a los párpados, luego a la movilidad de los ojos, posteriormente a los músculos de la laringe.
- ▶ **Distrofia muscular leve.**
No hay tratamiento médico eficaz. Conviene que el enfermo se mantenga activo todo el tiempo posible, evitar la obesidad y la fisioterapia.