



Guía

para la Atención Educativa
del Alumnado con

Deficiencia Motora

Servicio de Programas Educativos y Atención a la Diversidad.

Edita: Consejería de Educación, Ciencia y Tecnología
Dirección General de Formación Profesional y Promoción Educativa

Diseño portada: Elisabet Giles Aldana. Escuela de Arte de Mérida.

Impresión: Artes Gráficas Rejas

Imágenes cedidas por ASPACE (Asociación de Parálisis Cerebral de Cáceres).
La Consejería de Educación, Ciencia y Tecnología agradece la colaboración.

Presentación	5
1 La deficiencia motora.....	7
2 Deficiencias motoras más frecuentes en el medio escolar.....	8
3 Las necesidades educativas especiales del alumnado con deficiencia motora. Respuestas y ayudas técnicas.....	13
4 El papel del centro educativo.....	17
5 Orientaciones metodológicas.....	18
6 El papel de la familia.....	19
7 Bibliografía.....	20

Anexo

- Legislación relacionada con la atención educativa del alumnado
con deficiencia motora..... 21
- Direcciones de interés..... 22

Uno de los objetivos prioritarios de la Consejería de Educación, Ciencia y Tecnología es garantizar en la Comunidad Autónoma de Extremadura la adecuación de las actuaciones dirigidas a prevenir y/o compensar las desigualdades de acceso, permanencia y promoción en el sistema educativo de todo el alumnado en situación de desventaja.

Partimos del convencimiento de que conocer y comprender una DISCAPACIDAD, sea cual sea, nos ayuda a todos a acercarnos a ella con menos inseguridad y de una forma más real y cercana.

Los niños y niñas con discapacidades demandan y necesitan unas condiciones de vida que respondan simultáneamente tanto a su condición de niños, como a la especificidad del déficit que presentan.

La Escuela debe responder eficazmente a esa demanda.

Con la publicación de esta GUÍA pretendemos, del modo más accesible y positivo posible, difundir entre la Comunidad Educativa una información básica acerca de las necesidades educativas especiales del alumnado afectado por deficiencia motora.

Se ha diseñado, resaltando aspectos tales como: características generales del colectivo, indicadores para su detección, necesidades educativas que se derivan de esta discapacidad, papel de los profesionales y papel de la familia. Se incorporan, asimismo, referencias legislativas, reseñas bibliográficas y direcciones de interés.

Si con esta publicación favorecemos el desarrollo social y personal del niño/a con deficiencia motora y su adecuada interacción con el medio, habremos logrado el objetivo propuesto.

Rafael Rodríguez de la Cruz

Director General de Formación Profesional y Promoción Educativa

1 La deficiencia motora



La deficiencia motora es aquella que provoca en la persona que la presenta alguna disfunción en el aparato locomotor. Implica ciertas limitaciones posturales, de desplazamiento y de coordinación de movimientos. El origen puede ser congénito o adquirido, y se puede presentar con grados muy variables.

Las deficiencias motoras más habituales en el período escolar son la parálisis cerebral, la espina bífida y las distrofias musculares, que limitan la capacidad de acción en el medio y con el medio, condicionando a los alumnos y alumnas en la realización de determinadas actividades escolares.

Los trastornos intelectuales, perceptivos o emocionales no son inherentes a la deficiencia motora, por lo tanto, para ajustar la respuesta educativa es necesario analizar y valorar cada situación de forma individual.

2 Deficiencias motoras más frecuentes en el medio escolar



2.1. La parálisis cerebral

Se define como un trastorno encefálico que se caracteriza por ser precoz, crónico y no progresivo. Afecta principalmente al movimiento, aunque, además, se pueden presentar otras manifestaciones como problemas perceptivos, sensoriales o intelectuales.

Las causas que provocan una parálisis cerebral son múltiples y dependen del momento en que se produzca:

- **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:
 - Leve:** permite una autonomía prácticamente total, con capacidad para la marcha y el habla.
 - Moderada:** presenta dificultades en la marcha y en el habla, y puede precisar algún tipo de ayuda o asistencia.
 - Grave:** suele implicar autonomía casi nula, con incapacidad para la marcha y afectación severa en el habla.
- Según la zona del cuerpo afectada:
 - Monoplejía o monoparesia:** un único miembro, inferior o superior, se ve afectado.

Hemiplejia o hemiparesia: afecta a una de las dos mitades laterales del cuerpo (izquierda o derecha).

Paraplejia o paraparesia: afecta a los miembros inferiores.

Tetraplejia o tetraparesia: afecta a todos los miembros, tanto inferiores como superiores.

- Según la afectación del tono muscular:

Espástica: consiste en un aumento exagerado del tono muscular (hipertonía). Se caracteriza por movimientos muy rígidos, exagerados y poco coordinados.

Atetósica o atetode: consiste en una fluctuación de hipertonía a hipotonía, y se presenta con movimientos lentos, retorcidos e incontrolables. En este grupo son frecuentes las afecciones en la audición.

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.

Mixta: es frecuente que las personas que tienen parálisis cerebral presenten síntomas de las tres clases anteriores y, por tanto, hablaremos de un tipo mixto.

Junto al déficit motor que presentan los niños y niñas afectados por la parálisis cerebral puede o suele haber otros trastornos asociados. Los más frecuentes son los siguientes:

- **Convulsiones o epilepsia:** prácticamente la mitad de los niños y niñas con parálisis cerebral suelen presentar convulsiones. Cuando éstas se presentan sin causa directa la condición es epilepsia.

- **Trastornos sensoriales:** suelen presentar serias pérdidas de audición, especialmente de los sonidos agudos. Asimismo, son frecuentes las limitaciones visuales como el estrabismo, la pérdida de la agudeza visual o la restricción del campo visual.

- **Dificultades del habla y del lenguaje:** aparecen asociadas a los problemas de audición y a la falta de control de los órganos bucofonatorios y de la propia respiración. Las dificultades suelen ser tanto articulatorias como de expresión, siendo la disartria (trastorno en la articulación de la palabra de origen nervioso) el trastorno más frecuente. Suelen verse afectadas, también, la masticación, la deglución o el control de la saliva.

- **Deficiencia mental:** no es consecuencia directa de una parálisis cerebral; sin embargo, el desarrollo cognitivo se ve alterado en la medida en que las disfunciones motoras afectan a las experiencias, a la manipulación y a la interacción con el medio físico. Por otra parte, los problemas del lenguaje, como medio para organizar el conocimiento, reducen las posibilidades de aprendizaje.



2.2. La espina bífida

Es una anomalía congénita de la columna vertebral que se manifiesta por una falta de cierre o fusión de los arcos vertebrales, con el consiguiente riesgo de producir daños en la médula espinal. Suele manifestarse al exterior mediante un abultamiento, cubierto o no de piel, que puede contener tan solo membranas o porciones de médula espinal.

Su causa no está bien determinada, pero se debe a una malformación que se produce durante las primeras semanas de gestación en el momento de fusión de los pliegues neuronales que darán origen a la médula espinal. Algunos datos orientan a pensar que puede existir un factor genético asociado a la deficiencia de una vitamina llamada ácido fólico.

Generalmente se habla de cuatro tipos de espina bífida en relación a la cantidad de médula espinal que queda desprotegida por la apertura de los arcos vertebrales; esto condicionará directamente el tipo de lesiones. Es necesario aclarar que las lesiones también están condicionadas por la localización del abultamiento: cuanto más cerca de la cabeza, más graves serán sus efectos.

Hablamos pues de espina bífida:

- **Oculto:** cuando existe una apertura en una o más de las vértebras en la zona lumbar baja; aunque la médula espinal no suele verse dañada porque no sale al exterior y, por tanto, no tiene ningún tipo de afectación.
- **Meningocele:** cuando aparece un abultamiento en la espalda que consiste en un “saquito” que contiene líquido cefalorraquídeo. Suele haber afectación, aunque no muy grave.

- **Mielomeningocele** o **meningomielocele**: cuando existe, igualmente, un abultamiento; pero, en esta ocasión el saquito está compuesto por tejido nervioso de la médula espinal y de su cobertura. En algunos casos, los sacos están cubiertos de piel, pero en otros los tejidos y nervios están expuestos. Las afectaciones en este tipo suelen ser graves.
- **Siringomielocele**: cuando el tejido de la bolsa está formado por la propia médula. Esta es la forma más severa de espina bífida.

Los trastornos que pueden presentarse asociados a la espina bífida son:

- **Hidrocefalia**: es una acumulación de líquido cefalorraquídeo en el interior de la cabeza, que provoca un aumento del tamaño de la misma, con una hipertensión craneal y una disminución del espesor del cerebro. Debe operarse colocando una válvula de derivación para favorecer la salida del líquido.
- **Parálisis de las extremidades inferiores**: es la pérdida de sensibilidad por debajo de la lesión vertebral y medular. Cuanto más alta sea la lesión, habrá mayor extensión de la parálisis y del trastorno sensitivo.
- **Alteraciones ortopédicas**: las más frecuentes son la luxación de cadera, malformaciones de pies y desviación de columna. Estas secuelas deben tratarse a fin de obtener una alineación articular adecuada para que el niño/a pueda realizar la marcha.

- **Alteraciones de la función urológica e intestinal**: se manifiestan por la incontinencia de esfínteres. Por este motivo, es frecuente la aparición de infecciones urinarias que pueden acabar con un reflujo masivo y afectación de ambos riñones, si no se trata debidamente.

Otras características frecuentes son:

- Precocidad superficial en el lenguaje, más significativa en las personas que tienen hidrocefálea, y que se muestra mediante una logorrea que les hace aparentar una capacidad mayor que la que realmente poseen.
- Trastornos de percepción viso-motora.
- Ligera disminución del control manual fino que afecta a la velocidad y a la precisión.
- Inquietud motora y distracción frecuente.

2.3. La distrofia muscular

El término distrofia muscular hace referencia a un grupo de enfermedades caracterizadas por una debilidad progresiva y un deterioro de la musculatura esquelética que controla el movimiento voluntario.

Dependiendo del tipo de distrofia de la que hablemos, se presentará a una determinada edad, con unos síntomas específicos, con unos músculos afectados y con una rapidez de progresión.

Toda forma de distrofia muscular es causada por un defecto en un gen que impide la producción de una proteína.

Hay muchos tipos de distrofia muscular; entre los más frecuentes están:

- Miotónica.
- De Duchenne.
- De Becker.
- Del anillo óseo.
- Facioescapulohumeral.
- Congénita
- Oculofaríngea.
- Distal.
- De Emery-Dreifuss.

La forma más frecuente y grave es la distrofia muscular de Duchenne. Aparece durante la infancia entre los 2 y los 6 años y se produce, casi exclusivamente, en el sexo masculino. Los síntomas son una debilidad generalizada y pérdida de tejido muscular, principalmente en la región torácica y las extremidades. La enfermedad progresa muy lentamente.

La distrofia muscular no conlleva ningún tipo de trastorno asociado, sólo los propios que se irán originando por la evolución de la enfermedad.

Las contracturas musculares son, después del debilitamiento muscular, el síntoma que más comúnmente se presenta en la mayoría de los tipos de distrofia muscular, especialmente en la de Duchenne y Becker. Los músculos se acortan y pierden elasticidad, provocando que las articulaciones se vayan apretando poco a poco, y pierdan movilidad. Con el tiempo se limita la movilidad, aumentan los efectos del debilitamiento físico y se dificultan las actividades de la vida diaria.

Las articulaciones que se ven más afectadas son hombros, caderas, rodillas, codos, tobillos, muñecas y dedos. Mientras avanza la enfermedad se ven afectados el corazón y los músculos respiratorios. Por ello, es importante prevenir y minimizar sus efectos en lo posible.

3 Las necesidades educativas especiales del alumnado con diferencia motora. Respuestas y ayudas técnicas

En el caso de las deficiencias motoras, la mayoría de los niños y niñas llegan al sistema educativo con un diagnóstico médico ya realizado. Es el momento de realizar una buena descripción de las necesidades educativas, más o menos especiales, que el alumno/a presenta con el fin de organizar la respuesta educativa.

Como ya hemos visto, cada persona con deficiencia motora presenta unas características personales y evolutivas diferentes, con unos trastornos específicos asociados. Por ello, la valoración de las necesidades educativas deben realizarse de forma personalizada y desde una visión integral de la persona; es decir, considerando las capacidades y potencialidades personales del alumno/a, así como las posibilidades que le ofrece el entorno familiar, social y escolar.

Podemos realizar un recorrido por las necesidades más habituales entre este tipo de alumnado y veremos que las primeras necesidades se centran en el acceso a la educación.



3.1. El desplazamiento

Las dificultades para el desplazamiento varían en grado, desde los casos en que la movilidad es nula hasta aquellos en que el desplazamiento se da a través de algún tipo de ayuda, como por ejemplo, una silla de ruedas. Las barreras arquitectónicas son, por tanto, la principal dificultad y un potente factor de marginación.

Como posibles soluciones que mejoran la calidad de vida en el entorno escolar, podemos mencionar las rampas antideslizantes, los ascensores, los elevadores de escaleras, las plataformas elevadoras y las barras fijas, que situadas en puntos estratégicos facilitan autonomía a los alumnos y alumnas con marcha inestable.

3.2. La manipulación

La escritura es una de las actividades para la que más dificultades encuentran los niños y niñas con deficiencia motora. Se pueden utilizar las siguientes ayudas:

- Adaptadores en los lápices y bolígrafos que mejoran la adherencia y presión.
- Férulas posturales en las manos y muñequeras lastradas cuando no hay control de las muñecas.
- El uso de ordenadores o máquinas de escribir puede ser una solución para el problema de la escritura, pero también requieren ayudas como teclados adaptados, licornios, ratones adaptados...
- Otros útiles escolares de utilidad son las tijeras adaptadas, hules antideslizantes, sacapuntas fijados a la mesa, tableros magnéticos...
- Colocar pivotes de distintos tamaños y grosores en puzzles, juegos...
- Aumentar el grosor de las piezas en los juegos manipulativos.



3.3. El control postural

Una buena postura corporal es importante para prevenir malformaciones óseas, evitar cansancio muscular, mejorar la percepción y realizar lo más eficazmente posible las tareas escolares. Para esta tarea es conveniente contar con algún tipo de asesoramiento médico.

Algunos elementos que facilitan el control postural son:

- Mesas y sillas adaptadas.
- Sillas con apoyacabezas, separador de piernas, reposapiés y elementos de cinchaje.
- Asientos de espuma dura para el suelo, asientos para acoplar al inodoro, etc.



3.4. La comunicación

Ya hemos visto anteriormente que la comunicación, sobre todo en los alumnos y alumnas con parálisis cerebral, suele presentar serias limitaciones, por ello se utilizan sistemas de comunicación aumentativos o alternativos.



Estos sistemas consisten en recursos que permiten la expresión a través de símbolos diferentes a la palabra articulada. Algunos de los sistemas de comunicación alternativa no requieren ninguna ayuda técnica especial, como es el caso de los códigos gestuales no lingüísticos o el lenguaje de signos. Sin embargo, las personas con afecciones motoras, al tener dificultades para producir gestos manuales, suelen requerir sistemas alternativos “con ayuda”, es decir, con algún mecanismo físico o ayuda técnica que permita la comunicación.

Los sistemas de comunicación más habituales en los alumnos y alumnas con deficiencia motora son el S.P.C. y el Bliss. Veamos en que consisten:

- S.P.C. (symbols picture communication): se basa en dibujos lineales o pictogramas, que representan la realidad de forma sencilla y son fáciles de aprender y reproducir. Puede empezar a utilizarse en edades muy tempranas y permite un nivel de comunicación telegráfica y concreta.
- Sistema Bliss (Charles Bliss): es un método que combina símbolos pictográficos, ideográficos (representan una idea), arbitrarios y compuestos, lo cual implica que se pueden obtener símbolos más complejos a partir de los más simples. Por otro lado, el significado de los mismos varía según el tamaño, posición, orientación de la forma, etc. Se trata de un sistema más complejo que requiere comenzar a una edad más avanzada.

Para iniciarse en el sistema Bliss es necesario que el alumno/a reúna unos requisitos, entre los cuales destacan la capacidad para establecer y mantener contacto visual, la capacidad de permanecer con la atención centrada en una tarea durante cinco minutos, la capacidad para seguir órdenes verbales y, sobre todo, demostrar deseos de comunicarse.

En función de las necesidades personales de cada alumno/a se utilizará un sistema de comunicación u otro, sin olvidar la importancia de las técnicas logopédicas de rehabilitación.

3.5. La rehabilitación

3.5.1. Estimulación precoz

Como en cualquier deficiencia, la detección precoz es fundamental con objeto de comenzar, lo antes posible, una serie de acciones destinadas a prevenir y mejorar la evolución personal del niño/a. Esto es lo que se denomina estimulación precoz.

La filosofía de la estimulación precoz es la de intervenir sobre el problema y necesidades del niño/a de la forma más temprana posible y se basa en la coparticipación de la familia en el proceso de rehabilitación y mejora de las capacidades del niño/a.

3.5.2. Logopedia

La logopedia hace referencia a la intervención en las alteraciones de la comunicación, el lenguaje, el habla y la voz.

En función de la valoración efectuada, se tomará la decisión acerca del sistema de comunicación más factible en cada caso. La reeducación del habla comprende una serie de técnicas encauzadas a mejorar, no sólo la capacidad articularia y fonatoria, sino otras funciones estrechamente relacionadas con ella, como la respiración, la relajación general, el control del babeo... El programa deberá hacerse teniendo en cuenta las dificultades motrices del niño/a, su capacidad cognitiva y la edad.

3.5.3. Fisioterapia

Otra de las necesidades que presenta un alumno/a con deficiencia motora es la fisioterapia. Consiste en el tratamiento especializado para prevenir las malformaciones y el anquilosamiento que, cualquiera de las deficiencias motoras descritas, puede provocar en el organismo por la falta de movilidad.

Con la ayuda de técnicas adecuadas de fisioterapia se consigue potenciar el desarrollo de habilidades y capacidades para el desplazamiento, el control postural y la manipulación. Esto concede autonomía y por consiguiente una mejor calidad de vida, no sólo a la persona con la deficiencia motora sino a las de su entorno.

4 El papel del centro educativo

Cabe destacar el papel relevante del profesorado que incide directamente en el proceso formativo del alumno/a porque desarrolla una función de mediación en el proceso de aprendizaje y contribuye a la normalización de la vida escolar mediante el ajuste de la respuesta educativa con el diseño y desarrollo de la adaptación curricular correspondiente.

Como agente educativo, no sólo ha de centrarse en el plano formativo, sino que, además, ha de favorecer el desarrollo integral del alumno y propiciar su integración, tanto en el centro y en el aula, como en su entorno social.

Algunas consideraciones

- El centro educativo debe garantizar las condiciones que favorezcan la integración.
- La respuesta educativa debe partir desde el propio equipo educativo que atiende al niño o niña.
- Los equipos de orientación y los departamentos de orientación deben apoyar esta función, pero nunca sustituirla.
- El personal del centro ha de crear un clima adecuado para la integración, proporcionando un ambiente que favorezca el aprendizaje. Se debe fomentar que el alumno/a conozca su aula y su centro, estableciendo las condiciones adecuadas que favorezcan la integración con el entorno escolar.
- El profesorado debe dar respuesta a las necesidades educativas más o menos especiales que presente el alumnado. Para esta premisa cuenta con dos tipos de adaptaciones curriculares:
 - Adaptaciones de acceso al currículo: eliminando las barreras arquitectónicas y realizando las adaptaciones de material que sean necesarias con todas las ayudas técnicas y tecnológicas disponibles.
 - Adaptaciones curriculares desde las menos significativas hasta las más significativas: se realizarán desde la programación de aula para que cada alumno/a realice los aprendizajes con el ritmo y los niveles adecuados a sus competencias.
- La organización del centro educativo debe garantizar la coordinación entre el personal docente y no docente (auxiliar técnico educativo) que intervienen en el proceso educativo.

5 Orientaciones metodológicas



Antes de entrar en orientaciones metodológicas concretas, consideramos de especial interés hacer mención a la necesidad de coordinación entre los distintos profesionales que intervienen con el niño/a y la familia. Es necesario delimitar el papel de cada profesional: tutor/a, profesor/a de pedagogía terapéutica, logopeda, médico rehabilitador, educador/a, fisioterapeuta, auxiliar técnico educativo...

En función de la evaluación realizada, se establecerán una serie de objetivos a cuyo logro debe contribuir cada profesional con su actuación.

Como orientaciones metodológicas propiamente dichas, podemos recordar las siguientes:

- Seleccionar objetivos funcionales y relacionados con la vida cotidiana del alumno o alumna.
- Secuenciar en pequeños pasos los objetivos que se han marcado.
- Practicar el suficiente número de veces para consolidar el aprendizaje.
- Establecer la duración de las tareas de acuerdo a la pauta de cansancio físico y el nivel de atención óptimo.
- Establecer el tipo de soportes verbales, manuales o materiales que sean necesarios y retirarlos progresivamente, cuando sea posible.
- Ofrecer oportunidades para un mayor protagonismo en las interacciones en grupo.
- Diferenciar los distintos niveles de competencia que presenta el alumno en las diversas áreas o contenidos y establecer los grados de exigencia apropiados a cada nivel.

6 El papel de la familia

Si los padres de un niño/a con algún tipo de deficiencia motora no reciben una información adecuada acerca de la problemática que presenta su hijo o hija y de cómo pueden paliarse los efectos negativos de la misma, seguramente la atención del niño/a va a ser limitada.

Esta información a los padres debe incluir una exposición clara del problema, de sus orígenes (para evitar sentimientos de culpa) y, a la vez, deben presentarse también las posibilidades del niño/a, ofreciendo actividades para realizar con él, de forma que aprendan a relacionarse con su hijo o hija, mejorando así la interacción.

La intervención con los padres debe perseguir los siguientes objetivos:

- Disminuir su nivel de angustia, con el fin de lograr una aceptación más plena.
- Conseguir la superación de las actitudes negativas que no permiten el desarrollo armónico y global del niño/a ni la expresión de sus aptitudes y cualidades.
- Aumentar el sentimiento de competencia paterno/materna a través de diferentes tareas de atención y cuidado del niño/a.

La familia debe convertirse, así, en un agente activo que potencie el desarrollo integral del niño/a, su autonomía personal y su integración en los distintos contextos.

Algunas consideraciones

- Superar conductas de rechazo.
- Evitar las conductas de sobredotación.
- Estimular y potenciar sus capacidades.
- Fomentar su autonomía personal.
- Reforzar sus logros personales.
- Colaborar con los distintos profesionales que intervienen en la atención educativa de sus hijos e hijas.
- Propiciar un mayor contacto con su entorno social y natural.
- Tener un nivel de exigencias acorde a su edad y posibilidades reales.
- Continuar en casa la labor realizada en el centro educativo.
- Implicarles y hacerles partícipes de la vida familiar.

7 Bibliografía

- **AA.VV. (1989):** *Las necesidades educativas especiales en la escuela ordinaria. Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial. Serie Formación.* MEC. Madrid.
- **AA.VV. (1996):** *Las necesidades educativas especiales del niño con deficiencia motora. Centro de Desarrollo Curricular. Serie Formación.* MEC. Madrid.
- **Agullo, C. y López-Herce, J. (1988):** *El niño disminuido físico. Orientaciones a padres y educadores.* INSERSO. Madrid.
- **Aloclaro (1983):** *La distrofia muscular.* Editorial Popular. Madrid.
- **Basil, C. (1990):** *Los alumnos con parálisis cerebral: desarrollo y educación.* En Marchesi, A.; Coll, C. y Palacios, J. *Desarrollo psicológico y educación.* Tomo III. Alianza Editorial. Madrid.
- **Gallardo, M.V. y Salvador, M^a L. (1994):** *Discapacidad motórica. Aspectos psicoevolutivos y educativos.* Aljibe. Archidona.
- **Hehner, B. (1985):** *Símbolos Bliss. Diccionario Guía.* Publicaciones MEC. Madrid.
- **Mayer, M.A. (1985):** *S.P.C. Símbolos pictográficos para la comunicación (no vocal).* Servicio de publicaciones del MEC. Madrid.
- **Molina, S. (1994):** *Bases psicopedagógicas de la educación especial.* Editorial Marfil. Alcoy.
- **Vaumgart, D.; Johnson, J. Y Helmstetter, E. (1996):** *Sistemas alternativos de comunicación.* Alianza Psicología. Madrid.
- **Verdugo, M.A. (1995):** *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadores.* Siglo XXI. Madrid.



Legislación relacionada con la atención educativa del alumnado con deficiencia motora

- Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo, LOGSE.
- R.D. 696/1995 de Ordenación de la Educación de los alumnos con N.E.E.
- Orden de 14 de febrero de 1996, por la que se regula el procedimiento sobre la evaluación psicopedagógica, el dictamen de escolarización y criterios para la escolarización de los alumnos con N.E.E.
- Decretos de Currículum de Extremadura de Enseñanza Secundaria Obligatoria y Bachillerato.
- Orden de 19 de diciembre de 2002, por la que se regulan determinados aspectos de la ordenación académica de las enseñanzas de Bachillerato en Extremadura, para alumnos con necesidades educativas especiales.
- Ley Orgánica 10/2002 de 23 de diciembre, de Calidad en la Educación.
- Órdenes anuales, de la Consejería de Educación, Ciencia y Tecnología por la que se convocan ayudas para alumnos con necesidades educativas especiales, en concepto de fisioterapia, psicoterapia, logopedia y atención domiciliaria.
- Instrucciones anuales, de la Dirección General de Formación Profesional y Promoción Educativa, para el libramiento de fondos a centros públicos de Educación Primaria, Secundaria Obligatoria y Educación Especial de la Comunidad Autónoma de Extremadura, destinados a la adquisición de libros de texto, material escolar y material didáctico específicos y de acceso al currículo.
- Órdenes anuales, de la Consejería de Educación, Ciencia y Tecnología, por la que se convocan ayudas para la adquisición de libros de texto, material escolar y material didáctico específicos y de acceso al currículo, por los Centros Concertados de Educación Primaria, Secundaria Obligatoria y Educación Especial de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Direcciones de interés

A. RECURSOS EDUCATIVOS (Consejería de Educación, Ciencia y Tecnología)

Dirección General de Formación Profesional y Promoción Educativa

Servicio de Programas Educativos y Atención a la Diversidad

C) Vespasiano nº 2
06800 Mérida.
Tfno.: 924 00 40 15 / 924 00 40 05
Fax: 924 00 40 22
E-Mail: atdiversidad@ect.juntaex.es
Fpedagogia1@ect.juntaex.es

Dirección Provincial de Educación

Unidad de Programas Educativos:

Avda. de Huelva, nº2
06004 BADAJOZ
Tfno.: 924 01 20 79

Dirección Provincial de Educación

Unidad de Programas Educativos:

C/ Gómez Becerra, 6, 2ª Planta
10001 CÁCERES
Tfno.: 927 00 48 53

EQUIPOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA DE ATENCIÓN TEMPRANA

B A D A J O Z

Equipo de Atención Temprana de BADAJOZ

Avda. Colón, 15. 06005 Badajoz.

Equipo de Atención Temprana de MÉRIDA

C/ Legión V, 2. 06800 Mérida.

Equipo de Atención Temprana de VILLANUEVA DE LA SERENA

C/ Manzanedo, 17, 1º
06700 Villanueva de la Serena.

Equipo de Atención Temprana de ZAFRA

Ctra. De los Santos de Maimona
s/n. 06300 Zafra.

C Á C E R E S

Equipo de Atención Temprana de CÁCERES

Plazuela de Santiago, 1. (Palacio de Godoy)
10003 Cáceres.

Equipo de Atención Temprana de CORIA

Casa de la Cultura.
Plza. Solidaridad, 1. 10800 Coria.

Equipo de Atención Temprana de NAVALMORAL DE LA MATA

Avda. San Isidro, 16.
10300 Navalmoral de la Mata.

Equipo de Atención Temprana de PLASENCIA

Residencia Valcorchero
Ctra. del Puerto, s/n. 10600 Plasencia.

EQUIPOS GENERALES DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA

B A D A J O Z

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de ALMENDRALEJO

C/ Reina Victoria, 17.
06200 Almendralejo.

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de AZUAGA

C/ Miguel Hernández, s/n.
06920 Azuaga.

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de BADAJOZ-1

Avda. Colón, 15.
06005 Badajoz

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de BADAJOZ-2

C.P. Ntra. Sra.de Bótoa.
C/ Estadium, 1.
06003 Badajoz.

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de BADAJOZ-3

C.P. Guadiana.
C/ Ponferrada s/n.
06011 Badajoz.

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de BADAJOZ-4

C/ Correos, 1.
06001 Badajoz

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de CASTUERA

C/ Reyes Huertas, 18.
06420 Castuera.

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de JEREZ DE LOS CABALLEROS

Ctra. Jerez-Oliva, s/n.
(C.E.E. Aguasanta)
06380 Jerez de los Caballeros.

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de MÉRIDA

Tomás Romero de Castilla s/n.
06800 Mérida.

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de MONTIJO

C.P. Virgen de Barbaño.
C/ El Álamo, nº 2.
06480 Montijo.

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de OLIVENZA

C/ Concepción, s/n.
06100 Olivenza.

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de TALARRUBIAS

Avda. de
la Constitución, 104.
06640 Talarrubias.

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de VILLANUEVA DE LA SERENA

C/ Manzanedo, 17, 1º.
06700 Villanueva de la Serena.

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de ZAFRA

Ctra. de los Santos de Maimona, s/n.
06300 Zafra.

EQUIPOS GENERALES DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA

C Á C E R E S

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de BROZAS

Avda. de la Nava, s/n. **10950 Brozas.**

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de HURDES

C/ Factoría los Ángeles, s/n.
10629 Cambroncino/**Caminomorisco.**

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de CÁCERES

Plazuela de Santiago, 1.
(Palacio de Godoy). **10003 Cáceres.**

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de CORIA

Casa de la Cultura.
Plaza de la Solidaridad, 1. **10800 Coria.**

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de SIERRA DE GATA

C/ Marialba, 1. **10850 Hoyos.**

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de CAÑAMERO

Plaza de España, s/n. **10136 Cañamero.**

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de LA VERA

Avda. Constitución, nº7.
Colegio "César Carlos I".
10400 Jaraíz de la Vera.

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de NAVALMORAL DE LA MATA

Avda. de San Isidro, 16.
10300 Navalmoral de la Mata.

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de PLASENCIA

Residencia Valcorchero.
Crta. del Puerto, s/n.
10600 Plasencia.

Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica de TRUJILLO

C.P. Las Américas.
Avda. Reina Cristina, s/n.
10200 Trujillo.

EQUIPOS ESPECÍFICOS DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA

B A D A J O Z

EQUIPO DE ATENCIÓN A DEFICIENTES VISUALES

C/ Luis Braille, 10. 06800 Mérida.

EQUIPO DE ATENCIÓN A DEFICIENTES AUDITIVOS

C/ Tomás Romero de Castilla, s/n.
06800 Mérida.

C Á C E R E S

EQUIPO DE ATENCIÓN A DEFICIENTES VISUALES

C/ Pilar, 12. 10002 Cáceres.

EQUIPO DE ATENCIÓN A DEFICIENTES AUDITIVOS

Plazuela de Santiago, 1
(Palacio de Godoy). 10003 Cáceres

B. RECURSOS DE BIENESTAR SOCIAL (Consejería de Bienestar Social)

CENTROS DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD EN EXTREMADURA

CADEX Badajoz

Agustina de Aragón, 18.
06004 Badajoz.
Tfno.: 924 23 71 03 / 04

CADEX Cáceres

Plaza de Gante, 3.
10001 Cáceres.
Tfno.: 927 22 72 00

C. OTRAS DIRECCIONES DE INTERÉS

Confederación de Minusválidos Físicos de Extremadura

www.cocemfe.es

COCEMFE Badajoz

Santa Lucía, 21.
06001 Badajoz.
Tfno.: 924 22 07 50

COCEMFE Cáceres

Avda. Pierre de Courbertain, 5.
10005 Cáceres.
Tfno.: 927 23 90 28

Delegación

COCEMFE Cáceres

Tesora, s/n. (Ayuntamiento)
10550 Aliseda (Cáceres)
Tfno.: 927 27 70 02

Delegación

COCEMFE Cáceres

Pío XII, 25.
10840 Moraleja (Cáceres)
Tfno.: 927 51 54 80

Asociación de Parálisis Cerebral

ASPACEBA

Gerardo Ramírez Sánchez, 12. 06011 Badajoz.
Tfno.: 924 22 46 72

ASPACE

Acuario, 2. 10005 Cáceres. Tfno.: 927 23 47 68

Asociación de Espina Bífida de Badajoz

AESBIBA

Ronda del Pilar, 8 (Edificio Sara). 06002 Badajoz.
Tfno.: 924 25 91 77

Asociación de Espina Bífida de Sevilla

ASPEBH

Manuel Villalobos, 41 acc. 41009 Sevilla.
Tfno.: 95 435 58 46

Asociación Española de Enfermedades Musculares

ASEM - Sevilla

Torremanzana, 33. 41016 Sevilla.
Tfno.: 95 440 38 60. www.asem-esp.org

ASEM - Madrid

Francisco Navacerrada, 12 bajo izda. 28028 Madrid.
Tfno.: 91 361 38 95. www.asemmadrid.org

Asociación Extremeña de Enfermos de Esclerosis Múltiple

AEXEM

Padre Tomás, 2. Apdo. 882.

06011 Badajoz

Tfno.: 924 25 00 33

Asociación de Minusválidos Físicos Extremeños

APAMEX

Avda. Sinforiano Madroñero, 28 A.

06011 Badajoz.

Tfno.: 924 22 07 50

Asociación de Disminuidos Físicos de Alburquerque y Comarca

ADIFISA

San Blas, 77.

06510 Alburquerque (Badajoz)

Tfno.: 924 40 11 78

Asociación para la Integración de los Minusválidos en la Comarca de Zafra

AIMCOZ

Juan II, 7. 06300 Zafra (Badajoz)

Tfno.: 924 55 52 52

Asociación de Minusválidos Físicos de Cabeza del Buey y Comarca

ALFAGUARA

Cruz, 6 - bajo.

06600 Cabeza del Buey (Badajoz)

Tfno.: 924 60 00 15

Sociedad Peleña de Minusválidos

SOPEMI

Altozano, 30.

06760 Navalvillar de Pela (Badajoz)

Tfno.: 924 86 00 31

Asociación Plataforma Sin Barreras

Avda. de Monfragüe, s/n.

10200 Trujillo (Cáceres)

Tfno.: 927 32 30 85

Asociación de Minusválidos de Plasencia

AMP

Plaza María de Rojas, local 2.

10600 Plasencia (Cáceres)

Tfno.: 927 41 82 59

Organización de Minusválidos Independientes Cacereños

OMINCA

Avda. Pierre de Courbertain, 5.

10005 Cáceres

Tfno.: 927 23 81 18

Asociación de Minusválidos de Campo Arañuelo

AMCA

Toledo, 4.

10300 Navalmodal de la Mata (Cáceres)

Tfno.: 927 53 43 72

Asociación "Stephen Hawking"

El Prado, s/n. 10160 Alcuéscar (Cáceres)

Tfno.: 927 38 41 25

Asociación Comarcal de Discapitados Físicos y Psíquicos "Las Villuercas"

Calvario, 24 - 2º.

10140 Guadalupe (Cáceres)

Tfno.: 927 36 74 04

Asociación de Minusválidos Valle de Ambroz

Plaza González Fiori, 5.

10700 Hervás (Cáceres)

Tfno.: 927 47 30 50

