

TEMA 18. LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES DE LOS ALUMNOS Y DE LAS ALUMNAS CON DISCAPACIDAD MOTORA. ASPECTOS DIFERENCIALES EN LAS DISTINTAS ÁREAS DEL DESARROLLO. LOS ALUMNOS CON DISCAPACIDADES MOTORAS Y OTRAS DISCAPACIDADES ASOCIADAS. IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES DE ESTOS ALUMNOS.

1. INTRODUCCIÓN

Antes de desarrollar el tema, conviene situarlo dentro del marco de nuestro sistema educativo, donde **la atención a la diversidad y a las necesidades comunicativas del alumnado no es una opción, sino una responsabilidad compartida**. En este contexto, la figura del maestro de **Pedagogía Terapéutica (PT)** se vuelve imprescindible para garantizar una respuesta educativa ajustada a las necesidades individuales de cada alumno, ofreciendo apoyos específicos que favorezcan su desarrollo cognitivo, comunicativo y social. Su labor no solo se centra en compensar las dificultades, sino en potenciar las capacidades, promover la autonomía y asegurar una verdadera inclusión educativa desde una mirada global y pedagógica. En una etapa marcada por la transformación social y pedagógica, el maestro de P.T. actúa como puente entre el potencial del alumno y sus posibilidades reales de expresión, comprensión e integración escolar.

En este compromiso cotidiano ocurre la verdadera magia. No está en libros de hechizos, sino en cada avance de un alumno que logra pronunciar una palabra, comprender una consigna, participar o expresar emociones. Como dijo **Albus Dumbledore**: *“No necesitamos magia para cambiar el mundo; ya llevamos todo el poder que necesitamos dentro de nosotros”*. Esa es la esencia del trabajo del maestro P.T.: creer en ese poder y poner todos los medios para desarrollarlo.

Este tema se enmarca en la normativa educativa vigente, con especial referencia a:

- **Ley Orgánica 3/2020 (LOMLOE)**
- **Real Decreto 95/2022 y 157/2022**, sobre currículo básico de Infantil y Primaria
- **Disposiciones autonómicas sobre currículo, evaluación y atención a la diversidad.**

Además, se alinea con el **Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA)** y con los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** de la **Agenda 2030**, especialmente el **ODS 4 (educación de calidad)** y el **ODS 3 (salud y bienestar)**. En esta línea, el **maestro de Pedagogía Terapéutica** es clave no solo para ofrecer apoyos y adaptaciones, sino para **diseñar entornos de aprendizajes accesibles, flexibles y equitativos**. Durante años, la **Educación Especial** se centró en el déficit y la segregación. Hoy, la **escuela inclusiva** apuesta por **valorar las potencialidades, fomentar la autonomía y derribar las barreras** que limitan la participación. **No se trata únicamente de atender dificultades, sino de crear oportunidades reales para que cada alumno aprenda, crezca y se sienta parte activa de la comunidad educativa**. Para empezar, voy a exponer el guion del tema que voy a desarrollar a continuación. Después de una introducción seguida de tres apartados, los cuales son: *“Las Necesidades Educativas Especiales de los alumnos y de las alumnas con discapacidad motora”*, el segundo será *los “Aspectos diferenciales en el desarrollo”*, el tercero *“Los alumnos con discapacidades motoras y otras discapacidades asociadas”* y la *“Identificación de las NEE de estos alumnos”*. Para finalizar, realizaré una **conclusión** y nombraré la **bibliografía** empleada en el tema.

2. LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES DE LOS ALUMNOS Y DE LAS ALUMNAS CON DEFICIENCIA MOTORA

Para comenzar el tema empezaré hablando del primer apartado, *“Las NEE del alumnado con deficiencia motora”*. En la **LOMLOE en el artículo 71** definen al **Alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (ACNEAE)** incluye alumnos por presentar **necesidades educativas especiales (NEE)**, por retraso madurativo, por trastornos del

desarrollo del lenguaje y la comunicación, por trastornos de atención o de aprendizaje, por desconocimiento grave de la lengua de aprendizaje, por encontrarse en situación de vulnerabilidad socioeducativa, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo o por condiciones personales o de historia escolar.

El alumnado con deficiencia motora es aquel que tiene *alteraciones o deficiencias orgánicas del aparato motor o de su funcionamiento afectando al sistema óseo, articular, nervioso y/o muscular*, tal y como señala **Martín-Caro**. De esta forma, la prioridad de los sujetos con discapacidad motora es lograr un desarrollo psicomotor que les permite moverse lo más **autónomamente posible y comunicarse con los demás**.

En el **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5**) incluye los trastornos motores en la infancia en los que se incluye el trastorno del desarrollo de la coordinación motora, el trastorno de movimiento estereotipado, los tics, otros trastornos tics y los trastornos tic inespecífico.

Por otro lado, **el CIE 11**(clasificación internacional de enfermedades, 11ª revisión, 2022) lo nombra como Trastorno del desarrollo de la coordinación motora que se caracteriza por un retraso significativo en la adquisición de las habilidades motoras gruesas y finas, y una deficiencia en la ejecución de las habilidades motoras coordinadas que se manifiestan como torpeza, lentitud o imprecisión en el desempeño motor.

Clasificaciones

Se pueden **clasificar** las discapacidades motoras atendiendo a diferentes aspectos: **momento de la aparición, etiología, localización topográfica, origen y grado de afectación**.

Por una parte, según **el momento de aparición** se distinguen: desde el nacimiento (malformaciones congénitas, espina bífida-luxación congénita de caderas), postnatales (parálisis cerebral, miopatía de Duchenne), en la adolescencia (miopatías facio-escápulo-humerales Landouzy-Dejerine) y durante toda la vida (traumatismos y tumores).

Según **la etiología** puede ser por transmisión genética, infecciones microbianas, por accidentes o de origen desconocido (como la espina bífida).

Por otro lado, según la **localización topográfica** puede tratarse de una parálisis (imposibilidad total de movimiento) o de una paresia (pérdida parcial del movimiento). Ambos tipos pueden afectar a un miembro (monoplejía, monoparesia), a un lado del cuerpo (hemiplejía, hemiparesia) o a los cuatro miembros (tetraplejía o tetraparesia).

Atendiendo a **su origen**, las deficiencias motóricas pueden ser cerebrales (tumores, traumatismos), espinales (poliomielitis, espina bífida), musculares (miopatías), óseo-articulares (malformaciones congénitas, distrofias) o microbianas (tuberculosis).

Y, por su **grado de afectación** pueden ser leve (problemas articulatorios ligeros, movimientos torpes en motricidad fina), moderado (dificultades de lenguaje con un habla imprecisa, marcha inestable y problemas en motricidad fina y gruesa) y severo o grave (lenguaje muy afectado que requiere un sistema alternativo de comunicación, sin control de extremidades y no puede caminar).

A continuación, voy a explicar los **tres grandes grupos de discapacidad motórica** más frecuentes en el ámbito escolar: *parálisis cerebral, espina bífida y distrofias musculares progresivas o miopatías*.

La parálisis cerebral se define como la *consecuencia de una lesión en las partes del cerebro en desarrollo y que se caracteriza por una incoordinación de los músculos y un inadecuado tono muscular, lo que se refleja en alteraciones más o menos importantes del movimiento*, tal y como señala la Confederación ASPACE. Además, puede tener problemas asociados como déficits sensoriales, emocionales o problemas de aprendizaje.

En cuanto a la **etiología** se descarta la base genética, ya que se trata casi siempre de factores exógenos como lesiones prenatales (infecciones), perinatales (anoxia, traumatismos) y postnatales (enfermedades como meningitis).

La parálisis cerebral presenta un cuadro clínico complejo, pero clásicamente se describen 4 tipos: parálisis espástica (es la más frecuente. Se origina en el sistema piramidal, predomina un exceso del tono muscular lo que provoca ausencia de movimientos voluntarios e hipertonía y la actitud postural afecta a la mímica facial necesaria para la articulación), parálisis atetoide (se origina en el sistema extrapiramidal, caracterizada por movimientos espontáneos, incontrolados, tono muscular fluctuante que varía desde la hipertonía a la hipotonía), parálisis atáxica (afecta al cerebelo, caracterizada por un tono muscular disminuido, trastornos en la coordinación dinámica y estática, inestabilidad en el equilibrio y la marcha) y estados mixtos (una combinación de las distintas formas).

Por otra parte, **la espina bífida** consiste en una serie de malformaciones congénitas de la médula espinal como resultado de un cierre anormal del tubo neural o la ruptura posterior de un tubo ya cerrado previamente. Existen varios grados de afectación: espina bífida oculta (el grado más leve en el que la médula y los nervios son generalmente normales); meningocele (defecto de una o más vertebrae donde se produce un quiste); lipomeningocele (el quiste penetra en el conducto medular); mielomeningocele (es la más grave, produce parálisis, pérdida de sensibilidad y control de esfínteres) y raquisquisis (la cual nos es compatible con la vida).

En lo que respecta a su **etiología** no se conoce con certeza, aunque se piensa que puede deberse a una predisposición hereditaria poligenética sobre la que actúan los factores ambientales en la malformación del embrión.

La espina bífida conlleva **alteraciones asociadas** como la hidrocefalia (causada por un aumento anormal del líquido cefalorraquídeo en las cavidades del cerebro), alteraciones neurológicas (debidas a secuelas de la hidrocefalia), alteraciones ortopédicas y alteraciones de las funciones intestinales.

Los sujetos que padezcan de espina bífida pueden presentar dificultades de aprendizaje en su infancia y de integración social en la adolescencia. Las **causas** de estas dificultades se deben a secuelas de la hidrocefalia, falta de experiencias ocasionada por largas hospitalizaciones o alteraciones del carácter y de la conducta. De esta forma, se produce un retraso en las áreas de desarrollo: intelectual, perceptiva, motora, afectiva...

Por otra parte, **las distrofias musculares progresivas o miopatías** son enfermedades caracterizadas por una disminución progresiva de la fuerza muscular voluntaria. En la mayoría de los casos, la etiología se debe a la transmisión genética, en la que los niños tienen riesgo de padecerla y las niñas son transmisoras. En otros casos se debe a transmisión autosómica, siendo los dos progenitores portadores.

En esta categoría nos encontramos las llamadas **miopatías y distrofias musculares**. Estas enfermedades raramente se manifiestan antes de los tres años. Entre las más comunes podemos encontrar la **distrofia muscular tipo Landouzy-Dejerine** (afecta a la parte superior del cuerpo) y la **Duchenne de Boulogne** (afecta a la parte inferior del cuerpo). En esta hasta el comienzo de enfermedad, el desarrollo es normal. Tiene dos etapas: la primera, de marcha conservada y la segunda, la imposibilidad de la marcha. Van apareciendo deformidades y contracturas progresivamente conforme aumenta la debilidad muscular, hasta que un fallo respiratorio termina provocando la muerte en torno a los 20 años. Afecta en mayor medida a los niños que a las niñas.

3. LAS NEE DE LOS ALUMNOS CON DISCAPACIDAD MOTORA

Una vez descritas las discapacidades motoras más comunes en el ámbito escolar vamos a señalar las NEE que llevan consigo. Podemos clasificarlas en dos aspectos: las NEE extrínsecas, del propio niño y las NEE intrínsecas, al niño.

Entre las **NEE extrínsecas al propio niño** destacamos: la supresión de barreras arquitectónicas, recursos materiales específicos dentro del aula ordinaria para solucionar los problemas de comunicación y recursos personales especializados (como la presencia de un especialista en AL, PT, fisioterapeuta, auxiliares...).

Entre las **NEE intrínsecas al niño** destacamos:

- necesidad de movilidad y manipulación: ayuda y cuidado en los hábitos de autonomía, alimentación, higiene y desplazamiento.
- necesidades comunicativo-lingüísticas: intervenir en la tonicidad muscular, respiración, soplo, motricidad de los órganos bucofonatorios, control postural, uso de un sistema alternativo de comunicación, etc.
- necesidades emocionales: aumentando la autoestima y el autoconcepto.

Necesidad de acceder tempranamente a un sistema aumentativo/alternativo de comunicación: es decir, decidir el sistema lingüístico más eficaz para que pueda comunicarse y aprender. Se analiza la información recabada sobre la funcionalidad de la audición, la habilidad para la labiolectura, la competencia lingüística y la presencia o no de problemas asociados.

Uno de los sistemas alternativo o aumentativo de comunicación (SAAC) con el que se puede ayudar a estos alumnos es con *Arasaac* regulado por el **decreto 58/2019, de 9 de abril, del Gobierno de Aragón, de creación del Centro Aragonés para la comunicación aumentativa y alternativa, Centro ARASAAC, de titularidad de la Comunidad Autónoma de Aragón** y el blog *“sonido de la hierba crecer”* en el cual hay herramientas.

Finalmente vamos a destacar las NEE más importantes en la **espina bífida, la parálisis cerebral y las miopatías**, por ser los problemas más frecuentes en el ámbito educativo.

- En el niño con **parálisis cerebral** las NEE pueden ser variables, ya que la lesión cerebral puede afectar a una o varias funciones, por lo que aparecerán:
 - Trastornos del lenguaje y habla: expresivos y comprensivos
 - Trastornos sensoriales: visuales, auditivos
 - Trastornos del desarrollo cognitivo: afectando a la percepción, atención, intelectual y esquema corporal
 - Trastornos de la personalidad: psicológicas, inseguros, perezosos, sensibles, cambios de humor, entre otros.

Asimismo, la valoración de un niño paralítico cerebral al momento de nacer es difícil, sin embargo puede intuirse por sus reflejos. Pero, a medida que va creciendo se valorará si es capaz de mantenerse sentado, si gatea y camina, si coge con la mano objetos, si entiende lo que se le dice, etc.

- En la **espina bífida** son fundamentales las necesidades de cuidado, alimentación e higiene y el desplazamiento. De la misma forma, un alumno con espina bífida tiene una mala memoria, problemas espaciales, prerrequisitos (percepción, atención y memoria) falta de motivación, problemas emocionales y concentración y problemas de lenguaje asociados a una mala coordinación. La valoración de una espina bífida puede hacerse a simple vista, ya que normalmente el niño nace con un bulto voluminoso en la espalda y presenta problemas en las piernas.
- **Distrofias musculares progresivas o miopatías:** los problemas más frecuentes son inestabilidad emocional, ansiedad e inseguridad; mutismo, pasividad, bajo autoconcepto, etc.

4. ASPECTOS DIFERENCIALES EN EL DESARROLLO

Se ha de tener en consideración que una discapacidad motora no afectará únicamente al área motriz sino a todo el desarrollo de forma global ya que todas las áreas del desarrollo están interrelacionadas y se influyen mutuamente.

Área motora

El control del tronco es esencial para mantener el equilibrio y realizar movimientos básicos como girarse, sentarse o caminar. Cualquier alteración en el tono muscular o en la integración de reflejos primarios puede dificultar la adquisición del control postural y limitar la exploración activa del entorno. Esto repercute directamente en la autonomía, la manipulación de objetos y la interacción con los demás. Por tanto, la intervención temprana debe centrarse en favorecer la movilidad funcional y la participación en las rutinas cotidianas del aula.

Área cognitiva

La discapacidad motora no implica necesariamente discapacidad intelectual, aunque la falta de experiencias de exploración y manipulación puede afectar al desarrollo cognitivo si no se interviene a tiempo. Según **Castorina y Carretero (2019)**, *las experiencias tempranas de interacción y juego cooperativo son clave para el desarrollo del pensamiento*. Desde la pedagogía terapéutica, es esencial promover entornos ricos en estímulos, ajustando materiales y tiempos para garantizar la participación activa del niño.

Área comunicativo-lingüística

Podemos encontrarnos diferentes niveles evolutivos según los casos: normal o superior, con ligero retraso o con retraso grave. En los casos en que exista retraso del lenguaje deberemos tener en cuenta:

- Que se presente una deficiencia mental como trastorno asociado.
- Que el desarrollo cognitivo sea normal pero con retraso de lenguaje

a) Respecto al **desarrollo fonológico** en general estará retardado respecto al desarrollo normal, aunque globalmente siga las mismas fases de desarrollo. En la mayoría de los casos no será imputable a un defecto de adquisición fonológica, sino a las dificultades motrices para llegar a producir los diferentes sonidos. Los trastornos de articulación se identifican con las disartrias y con el control del mecanismo fisiológico de la fonación.

b) Respecto al **desarrollo morfosintáctico** en general puede ser normal. Sin embargo hay algunos aspectos a considerar: un problema motriz tiende a simplificar la extensión del discurso y provocar que utilicen un léxico más restringido.

c) Respecto al **desarrollo semántico**, las interacciones verbales están reducidas porque hay pocos interlocutores válidos. Así mismo, sus posibilidades de utilizar recursos léxicos, psicolingüísticos, están reducidas por las limitaciones físicas y de tiempo. Todo ello contribuye a que el niño tenga un lenguaje comprensible pero con un pobre nivel lingüístico.

Lenguaje Escrito.

Respecto al dominio del lenguaje escrito habrá que diferenciar:

- Dificultades en el funcionamiento motriz: alumnos que han adquirido el sistema lectoescritor pero tienen dificultades en lectura en voz alta y/o escritura manual.
- Dificultades derivadas de aspectos lingüísticos: fonológicos, perceptivos, psicolingüísticos.

Sea cual sea su alteración es necesario aumentar en los niños las habilidades comunicativas, bien potenciando y reeducando el habla cuando sea posible o por medio del aprendizaje de sistemas aumentativos o alternativos de comunicación (SAAC).

Área afectivo-social

Las limitaciones motoras pueden dificultar la interacción con los iguales y generar sentimientos de dependencia o frustración. Según **Goleman**, la educación emocional resulta esencial para reforzar la autoestima, la motivación y la autorregulación. Es importante promover la autonomía en actividades básicas (vestirse, comer, desplazarse) y evitar la sobreprotección, que puede conducir a la indefensión aprendida.

Sin embargo, el alumnado con discapacidad motora también presenta **fortalezas notables**: suelen mostrar gran perseverancia, resiliencia y capacidad de adaptación. Muchos desarrollan habilidades cognitivas sólidas y creatividad en la resolución de problemas. Su presencia en el aula enriquece al grupo y fomenta valores de empatía, cooperación y respeto.

5. LOS ALUMNOS CON DISCAPACIDAD MOTORA Y OTRAS DISCAPACIDADES ASOCIADAS

Los niños con **parálisis cerebral, espina bífida o enfermedades neuromusculares** suelen requerir una intervención educativa directa y coordinada, ya que, además de las alteraciones motoras, con frecuencia presentan otros trastornos funcionales que influyen en su desarrollo global. Veamos las más frecuentes:

Trastornos del desarrollo intelectual. Durante años se asumió erróneamente que la discapacidad motora implicaba discapacidad intelectual. Sin embargo, los avances en investigación y en atención temprana han demostrado que no siempre existe tal relación. La afectación cerebral no determina por sí sola las capacidades cognitivas: encontramos alumnos con movilidad reducida y un nivel intelectual completamente normal. En el caso de la **parálisis cerebral**, los estudios señalan que entre el 40% y el 50% presenta un desarrollo cognitivo por debajo de la media, aunque esto suele estar más relacionado con la extensión del daño cerebral, las limitaciones en la exploración y las dificultades de evaluación, ya que muchas pruebas psicométricas requieren lenguaje, visión o control manual.

En lo que se refiere a **trastornos del lenguaje**. En este alumnado es habitual la presencia de alteraciones en la coordinación de los órganos implicados en la fonación y articulación, lo que puede producir **disartrias**, dificultades de ritmo o tono, o incluso ausencia de habla. La falta de estimulación lingüística también puede empobrecer el lenguaje interior y limitar el pensamiento. Según **Puyuelo (2017)**, en la parálisis cerebral las disartrias son las más frecuentes, mientras que, en la **espina bífida**, especialmente cuando hay hidrocefalia, se observa una aparente fluidez verbal que no siempre refleja un razonamiento equivalente (logorrea). En cambio, los niños con **enfermedades neuromusculares** pueden desarrollar un mutismo reactivo o retraimiento comunicativo por inseguridad o ansiedad. En fases avanzadas, la debilidad muscular puede afectar a la respiración y deglución, por lo que es fundamental una atención logopédica y médica coordinada.

Trastornos auditivos. Aunque no suelen presentar sordera total, sí pueden aparecer **hipoacusias parciales** o dificultades para percibir ciertos tonos y frecuencias, especialmente en casos de parálisis cerebral. Estas limitaciones pueden provocar omisiones o sustituciones fonéticas y afectar al desarrollo del lenguaje oral.

Trastornos visuales. Las alteraciones visuales son también frecuentes y pueden incluir **problemas de agudeza o campo visual, dificultades de enfoque, nistagmus o estrabismo**. Según **Cardona (2001)**, en la parálisis cerebral estos problemas derivan del control deficiente de los músculos oculares y del procesamiento visual, lo que puede afectar a la percepción espacial y a la coordinación visomotriz.

Trastornos del aprendizaje. Las dificultades de aprendizaje suelen estar relacionadas con las limitaciones sensoriales, lingüísticas y motrices que condicionan la exploración activa del entorno. Los trastornos perceptivo-motores, los problemas atencionales o la lentitud en el procesamiento de la información son comunes y, a menudo, se presentan de forma combinada, amplificando las dificultades. En los alumnos con **espina bífida e hidrocefalia** es frecuente encontrar alteraciones en la organización espacio-temporal, la percepción visual y la coordinación óculo-manual.

En el caso de la **parálisis cerebral**, además de los trastornos mencionados, pueden aparecer **epilepsia, déficits sensoriales (auditivos o visuales), problemas ortopédicos, deformidades o fragilidad ósea**. Estas condiciones requieren una respuesta educativa global y flexible, basada en los principios del **Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA)**, que permita ofrecer múltiples formas de acceso, participación y expresión.

Desde la **pedagogía terapéutica**, el objetivo no es solo compensar las limitaciones, sino **potenciar las capacidades** del alumnado y garantizar su participación significativa en el entorno escolar, favoreciendo la autonomía, la autoestima y la comunicación como pilares del desarrollo integral.

6. IDENTIFICACIÓN DE LAS NEE DE ESTOS ALUMNOS

En este **proceso de evaluación** es necesario realizar una valoración del alumno y de su contexto, tanto escolar como sociofamiliar, por ello vamos a dividir la evaluación en diferentes aspectos como:

Aspectos biológicos: recogiendo información de los informes médicos (pediátrico, neurológico, ortodoncia, entre otros) y de las familias para saber si las alteraciones son orgánicas o funcionales y si ha habido antecedentes familiares. Evaluaremos esta área mediante observación directa, como test estandarizados se puede emplear la **exploración miofuncional de Bustos (2008)**.

Aspectos de adaptación social: la capacidad del alumno para relacionarse con los demás es un aspecto muy importante a tener en cuenta y el marco educativo nos ofrece abundante información por la gran cantidad de situaciones de interacción que allí se producen, tanto entre iguales como con los adultos.

Aspectos emocionales: es evidente que existen una serie de aspectos emocionales que tienen una gran repercusión en los procesos de aprendizaje, por este motivo en algunos casos será necesario realizar una evaluación especializada de aspectos tales como: la autoestima, la autoimagen, la confianza en uno mismo, ya que pueden estar afectando al equilibrio personal del alumno.

Aspectos intelectuales: Se analizan **funciones predispositivas** (atención, contacto ocular), integradoras (percepción, memoria) y de razonamiento (resolución de problemas). Se emplean:

- Pruebas como **Bender, Figura de Rey, Matrices de Raven o Brunet-Lezine**.
- Escalas de inteligencia como **Wechsler, Stanford-Binet, McCarthy (MSCA) y K-ABC**, que permiten valorar el perfil cognitivo completo desde los 2 a los 16 años.

Aspectos comunicativo-lingüísticos: para ver las necesidades educativas en esta área, conocer su competencia comunicativa y ver si utiliza algún sistema complementario de comunicación. En la **evaluación del lenguaje** debemos tener en cuenta los distintos componentes:

- **Léxico:** analiza la amplitud de vocabulario y los campos semánticos que domina el alumno.
 - **Pruebas:** *Bohem, Peabody, Reynell*.
- **Fonología:** detecta distorsiones, omisiones o sustituciones en los fonemas, tanto en lenguaje dirigido como espontáneo.
 - **Pruebas:** *RFI* (Monfort y Juárez), *PAF*, *Prueba de desarrollo fonológico* (Bosch).
- **Morfosintaxis:** valora si el alumno aplica correctamente las reglas gramaticales, pronombres, flexiones o tipos de oraciones.
 - **Pruebas:** *TSA* (Aguado).
 - **Otros medios:** observación y producción provocada.
- **Pragmática:** analiza la intención comunicativa, la toma de turnos, la adecuación y la iniciativa.
 - **Pruebas:** *Kiernan* (comunicación no verbal), *Tamarit* (competencia comunicativa).
 - **Procedimientos:** observación, role-playing o situaciones provocadas.
- **Evaluaciones globales:** pruebas como **PLON** o **BLOC** integran todos los componentes del lenguaje.

Otros aspectos a evaluar es la **lectura mecánica y la comprensión** con materiales como:

- **EMLE** Escala Magallanes de Lectura y Escritura
- **TALE (2000)** de Toro, Cervera, y Urio
- **PROLEC** Batería de evaluación de los procesos lectores de los niños

Aspectos de nivel de competencia curricular, determinar lo que es capaz de hacer el alumno en relación a los objetivos y contenidos de las distintas áreas. Habrá que evaluar el estilo de aprendizaje, la motivación que tiene por aprender, el

nivel de atención, el interés y el esfuerzo, etc. Para ello, nos basaremos en los contenidos de la ley tanto a nivel nacional con el **Real Decreto 95/2022 y Real Decreto 157/2022, por el que se establece el currículo básico de Infantil y Primaria** **(CITAR AQUÍ EL DECRETO O LEY CORRESPONDIENTE AL CURRÍCULO TU COMUNIDAD AUTÓNOMA)**

Estilo de aprendizaje nos estamos refiriendo a las características individuales con las que el alumno se enfrenta a las tareas, a los contenidos y a las diversas situaciones de enseñanza-aprendizaje, así como su motivación para aprender.

Adaptación social y conducta adaptativa: Es fundamental observar cómo se relaciona el alumno con iguales y adultos en distintos contextos. Se puede usar:

- **Escalas Vineland** (familiar, ampliada y escolar),
- **Inventario Batelle** (0-8 años),
- **Currículo Carolina o Guía Portage**, para detectar NEE en infancia,
- **Modelo CREENA**, específico para casos graves y permanentes.

Es importante también **aspectos del contexto**, atendiendo al aula, al centro y a las familias.

- **Contexto escolar:** Dentro de este podemos diferenciar entre el contexto de aula y el de centro. En cuanto al contexto de aula debemos evaluar la adecuación de los estilos de enseñanza en relación con el alumno, como la de la programación (objetivos, contenidos, criterios de evaluación, estrategias, actividades, metodologías y materiales) así como los aspectos interactivos en relación con el alumno (expectativas y posibilidades de aprendizaje, relaciones que se favorecen en el aula y respuesta del alumno). A nivel de **aula** se analizará la práctica docente, si las programaciones docentes están adaptadas a las necesidades del alumnado, y también se deberá valorar el clima de clase, para detectar posibles situaciones de acoso (*usando por ejemplo el test Mybulling, Buddy Tool Kids o CRAE-P*), pues son alumnos muy expuestos a esta situación. También tendremos en cuenta la formación del equipo docente ante este tipo de discapacidad. La evaluación del contexto escolar implica hacer también una autoevaluación sobre la práctica educativa para ello es interesante contar con la opinión y valoración de otros profesionales.
- **Contexto socio-familiar:** Es necesario recoger información sobre el contexto familiar y el entorno social cercano, ya que son factores que influyen notablemente en el proceso de desarrollo y aprendizaje del niño.
 - **La familia:** Hábitos, rutinas y pautas de educación, expectativas, grado de colaboración, conocimiento sobre las características específicas de su hijo...
 - **El entorno:** Recursos casa y zona, inserción social...

7. CONCLUSIÓN

Una vez finalizado el tema, damos paso a la conclusión. Hoy más que nunca, en una escuela que quiere ser de todos y para todos, el maestro de **Pedagogía Terapéutica** desempeña un papel esencial. Su labor va más allá del apoyo individualizado: consiste en acompañar, orientar y ofrecer respuestas educativas ajustadas a cada necesidad, promoviendo la inclusión, la equidad y el desarrollo integral del alumnado. El maestro de PT se convierte así en un pilar fundamental para garantizar que todos los niños aprendan, participen y crezcan en un entorno donde la diversidad es entendida como una oportunidad para aprender juntos.

La inclusión no puede quedarse en palabras bonitas. Tiene que traducirse en hechos, en apoyos reales, en profesionales preparados que trabajen codo con codo con el equipo docente y las familias. En ese sentido, el maestro P.T. no es un especialista que entra y sale del aula, sino alguien que construye puentes, que escucha, que adapta, que guía y acompaña. Su labor es silenciosa muchas veces, pero sus resultados se notan en cada pequeño avance.

Aplicar el **Diseño Universal para el Aprendizaje**, atender a las diferencias desde una mirada respetuosa, tener presentes los **Objetivos de Desarrollo Sostenible** y hacer que la escuela sea un lugar seguro y accesible para todos, no es una utopía. Es una responsabilidad que asumimos quienes creemos en una educación transformadora.

Su intervención no solo responde a las exigencias de la LOMLOE, los Reales Decretos y la normativa autonómica, sino también a una vocación profunda de **justicia educativa**, en coherencia con el DUA y con los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3 y 4)**, que reclaman una educación saludable, inclusiva y transformadora.

Porque al final, como bien dijo **Albus Dumbledore**, “*no necesitamos magia para cambiar el mundo; ya llevamos todo el poder que necesitamos dentro de nosotros.*” Y ese poder, en el ámbito educativo, se manifiesta cada vez que un niño logra expresar una emoción, comprender una consigna o participar en una conversación. La verdadera misión del maestro de Pedagogía Terapéutica no es solo ofrecer apoyos o adaptar materiales, sino conseguir que cada niño desarrolle todo su potencial, se sienta capaz y participe activamente en su propio proceso de aprendizaje. Porque educar desde la Pedagogía Terapéutica no es únicamente intervenir en las dificultades, sino acompañar con **empatía**, abrir **puertas a la autonomía** y crear las condiciones necesarias para que cada alumno pueda ser, expresarse y brillar desde sus propias capacidades.

Como decía **Galeano** que “*mucha gente pequeña, en lugares pequeños, haciendo cosas pequeñas, puede cambiar el mundo*”. Nosotros somos esa gente.

8. BIBLIOGRAFIA

A continuación, nombro la bibliografía utilizada en la elaboración del presente tema, no mencionaré los documentos legislativos utilizados ya que he ido nombrándolos a lo largo de toda la exposición:

- **Juárez, A. y Monfort, M. (1992).** *Estimulación del lenguaje oral.* Madrid: Santillana. Recoge una aproximación teórica al proceso de adquisición del lenguaje y a la intervención, además de actividades para el trabajo infantil.
- **Fernández, M.T. y Pelegrín A. (2007).** *Necesidades educativas especiales del alumnado con discapacidad física.* Madrid: Aljibe. Aborda las características, necesidades y estrategias educativas para favorecer la inclusión del alumnado con discapacidad motora en el aula ordinaria.
- **Puyuelo, M. y otros (2017).** *La parálisis cerebral. Diagnóstico e intervención logopédica.* Madrid: EOS. Analiza las distintas manifestaciones de la parálisis cerebral y propone pautas logopédicas para favorecer la comunicación y el desarrollo del lenguaje.
- **Monfort, M. (2018).** *El niño que habla: el lenguaje oral en preescolar.* Madrid: CEPE. Acerca del proceso natural de adquisición del lenguaje.
- **Piaget, J (1984):** *La psicología del niño.* Madrid: Morata. Estudia los cambios de comportamiento a lo largo de la vida.
- **Palacios, J., Marchesi, Á. y Coll, C. (1993).** *Desarrollo psicológico y educación: Psicología de la educación.* Madrid: Alianza. Tratan aspectos relacionados con los procesos cognitivos básicos.
- **Elizondo, C. (2019, noviembre).** *DUA, el Diseño Universal de Aprendizaje* [webinar].
- **Pellicer, C. (2020, agosto).** *Funciones ejecutivas y aprendizaje.* [webinar].