

PSICOLOGÍA

Marco teórico.

Tema 1. Las personas con necesidades educativas especiales.

- Introducción.
- Las necesidades educativas especiales. Una nueva terminología y una nueva imagen.
- La integración escolar.

1.1.Introducción.

Las personas con necesidades educativas especiales suelen denominarse diferentes, atípicas y han sufrido a lo largo de la historia y dependiendo de la cultura tratamientos muy distintos, aunque en general siempre ha sido un grupo de baja consideración social (tontos).

Remontándonos a muy antigua se recurría normalmente al infanticidio cuando se apreciara déficit. En la edad media la iglesia tiene mucho poder y condena estas prácticas aunque atribuyen las anormalidades a causas sobrenaturales y piensan que estas personas están poseídas por el demonio, y, o bien eran reducidas en asilos de la iglesia o se dedicaban a la mendicidad, a misiones poco complicadas.

En el siglo XVII y XVIII es el estado quien toma las riendas y estos centros de aislamientos pasan a ser gobernados por el estado, estas personas encerradas en instituciones estatales, orfanatos, prisiones, manicomios, pero sin hacer diferencia entre ellos. El tratamiento humano de estas personas excepcionales no se hace hasta finales del siglo XVIII o principio del XIX que es cuando se inicia o surge la educación especial.

De todas en esta época se produce una atención asistencial más que educativa y en este sentido se sigue manteniendo la segregación, separación.

En esta época hay unas personas que se dedican a revalorizar la educación especial, piensan que el retraso mental puede ser reeducable, lo dijo **ITARD**. Trabaja con el niño salvaje.

SEGUIN: método de educación de niños con retraso.

BINET: elabora el 1º test de inteligencia.

MONTESORI: niños marginados. Entrenamiento sensorial.

Siglo XX: 1ª mitad hasta los 50.

Hasta el siglo XX el concepto de deficiencia incluía características innatas y estabilidad a lo largo del tiempo. Las personas deficientes lo eran por causas fundamentalmente orgánicas, estas deficiencias se producían al principio o antes del desarrollo y se mantenían a lo largo del tiempo, era difícil cambiarse. Se pensaba que el trastorno era algo inherente, propio del sujeto y había pocas posibilidades de intervención. Trajo como consecuencia dos cosas: 1) insistir en la detección del retraso, lo cual llevó a un uso muy frecuente de los tests de inteligencia. 2) atender de forma especializada a estas personas pero de forma distinta y separadas de la educación ordinaria, entre los años 40 y 50 se va rechazando la idea de inmodificabilidad del problema y se tiene más en cuenta la influencia ambiental en los problemas.

ORGÁNICO INNATO

Características del desarrollo priman sobre aprendizaje.

Influencia ambientales: contexto(familia y escuela).

A partir de los años 60 y sobre todo a partir del 1978, se produce un movimiento de una fuerza grandísima denominado como normalización surgida en los países escandinavos que impulsan un cambio en la consideración de la educación especial, es de fiarse la integración de los niños diferentes en la escuela ordinaria, diferente a la idea tradicional de una escuela segregadora, separadora. Las tendencias que propician la educación especial como algo:

Años 60–70, tendencias:

- **Concepción distinta de los trastornos del desarrollo y la deficiencia**, ésta deja de estudiarse como un trastorno propio del sujeto y se la empieza a considerar con relación a factores ambientales siendo el sistema educativo el que responda a esta situación de forma que la mayor o menor deficiencia se vincula a la mayor o menor capacidad que tenga el sistema educativo de aportar respuestas a los problemas. El déficit deja de considerarse algo estable, se establece en función del sistema de forma que la escuela puede favorecer el desarrollo y el aprendizaje.
- **Mayor importancia a los procesos de aprendizaje**: sin negar el papel importante que tiene el desarrollo se elige una posición más abierta en la que el aprendizaje abre vías para que el niño avance.
- **Métodos de evaluación actualizados**: se centran no solo en medir el retraso, sino en ver que posibilidades tienen estos niños y aportar los apoyos necesarios, no detenerse solo a cuantificar el retraso sino ver el aprendizaje, la calidad de aprendizaje que se puede proporcionar, esto supone un cambio en la escuela ordinaria y en la especial.
- **Cambio en la escuela ordinaria y resultados en la escuela especial**: tanto una como otra tienen que replantearse los objetivos, poniéndose en relación entre ellas.
- **Sensibilidad social**: entender que todos tienen derecho a una educación integradora, el respeto a las minorías.
- Una **mayor formación de los maestros** reciclándose, formándose, interesándose por estos niños distintos.

Todos estos factores han hecho que el concepto de la deficiencia positivas dos ramas, conceptual: Necesidades educativas especiales; práctico: integración.

1.2. Las necesidades educativas especiales. Cambio de término y de idea.

En líneas generales decir que un niño tiene necesidades educativas especiales quiere decir que tiene algún problema de aprendizaje a lo largo de su vida escolar que precisa una atención más específica y mayor atención que los compañeros de su edad. Por un lado se habla de estos problemas de aprendizaje pero evitando situar estos problemas de aprendizaje en el campo de la deficiencia y trasladarlo a la escuela, con esta idea no se quiere decir que no haya alumnos que tengan problema vinculados con su desarrollo, es decir, que hay alumnos que tienen déficit permanente, pero la idea se extiende a una mayor proporción de alumnos.

En todas estas situaciones influyen aspectos familiares, culturales, sociales que pueden estar influyendo en que haya más o menos problemas de aprendizaje, en este sentido el concepto de dificultad de aprendizaje se relativiza en cuanto que dependerá de los objetivos, condiciones que impongan el sistema educativo.

En cuanto a los recursos educativos cuanto más haya y mejores sean facilitarán el aprendizaje de los alumnos.

más

diversa

PROBLEMA DE APRENDIZAJE. (Escolarización).

Más profesores.

Supresión barreras.

Mayores recursos educativos Material

Apoyo psicopedagógico.

Énfasis en la apuesta educativa//lenguaje de la definición.

Extensión del concepto.

Alumnos con NEE más permanentes(2%)

A una mayor proporción

RELATIVO OBJETIVO Rígidos.

NIVELES Poca cap. adaptación.

Sistemas de eval. Homogéneo.

Contenido racionales.

... MÁS. Sistemas

APROXIMACIÓN A LOS TÉRMINOS EE Y NEE.

EE.

- Término restrictivo.
- Utilizado como estricta diagnóstica.
- Se aleja de los alumnos normales.
- Presupone una etiología personal de las dificultades de aprendizaje.
- Implicaciones educativas segregadas.
- Conlleva referencia de currículo especial y, por tanto, de escuelas especiales.

NEE.

- Término más amplio y propicio para la integración escolar.
- Importancia de las necesidades educativas permanentes o temporales de los alumnos.
- Engloba el término de EE.
- Relatividad conceptual del término.
- Las causas de los nee pueden ser personales, escolares, sociales.
- Implicaciones educativas positivas.
- Se refiere al currículo ordinario e idéntico sistema educativo para todos los alumnos.

• La integración escolar.

La integración en líneas generales va a suponer varias cosas:

- Un niño que se escolariza por primera vez y que por sus características podría haber sido dirigido a un centro especial se queda en el centro ordinario.
- Niños que están en centros especiales pasan a centros ordinarios en alguna modalidad de integración.
- Niños que están a tiempo total todo el día en una unidad en educación especial en un centro ordinario va pasando paulatinamente a un aula ordinaria.
- Niños que están en clases ordinarias y que en otro momento pasarían a sitios más restrictivos se quedan en el aula ordinaria.

En general la integración que si se aplica bien y en las condiciones es positiva, porque contribuye al desarrollo de los niños NEE. Contribuye a un mayor desarrollo de estos niños y una mejor socialización es beneficiosa para los demás compañeros porque normalmente al estar en clases más reducidas se aprovechan al estar en aula más reducida se benefician de una metodología más individualizada, más recurso y adquieren aptitudes de respeto hacia sus compañeros con necesidades. Por otro lado exige mayor competencia profesional por parte de los docentes. Por último la familia al hacerse partícipe del proceso suelen estar mejor informados, hay otros que critican la integración porque no creen que los niños con NEE aprendan mucho más y a veces entorpece el aprendizaje de los compañeros y exponen que al vivir en una sociedad competitiva en la que lo que vale es el rendimiento académico, lo que defiende la integración no sirve, esto ocurre no tanto en primera como en secundaria.

Tema 2. Deficiencia auditiva.

- Introducción
- Concepto. Clasificación.
- Desarrollo del niño sordo. Cognitivo y comunicativo.
- Sistemas alternativos de comunicación (SAC).
- La educación del niño sordo.
- **Introducción.**

La sordera es un fenómeno complejo y existen muchas dificultades para poder

hacer generaciones, hay que realizar muchas investigaciones para generalizar, muchos han pretendido ver el grupo de sordo como algo bastante homogéneo, sin embargo, existen muchos subgrupos dentro del grupo general, es decir, hay una gran variabilidad individual. Esas diferencias que se observan en los sordos son carencias de muchas circunstancias como pueden ser, el grado de pérdida, el tipo de sordera, el lugar donde se localiza la lesión, si los padres son sordos o no, características personales del niño. El estudio de la sordera está ligado a muchas disciplinas y cada una la entiende de una forma, esto hace que se interprete de un modo distinto y que se responda de forma distinta también. Tradicionalmente ha sido la medicina la pionera en el estudio de deficiencia auditiva, se ha puesto el énfasis en el déficit, entendiéndolo que la diferencia entre una persona sorda y una que no lo es, se basa casi exclusivamente en que la persona sorda tiene una audición deficiente, de esta forma se han preocupado principalmente de estudiar las causas, el grado, los tipos, y su misión ha sido de rehabilitación.

En los últimos años aparecen nuevos modelos explicativos de la sordera que

completa la visión que había aportado la medicina.

En este marco, la nueva forma de entender la sociolingüística, esta manera trata

de dar un punto de vista más globalizador de la deficiencia auditiva, no solo aplicada en el déficit, como le pasaba en la medicina, esta nueva misión distingue, que una persona sorda y otra que no lo es, no está centrada en la deficiencia, sino en las consecuencias culturales que trae consigo ser sordo y no tanto que unas personas oigan y otras no.

La sordera es por lo tanto un fenómeno de diferencias culturales con unas bases

biológicas que lleva a estas personas, las sordas, a construir unos procesos de aprendizaje de socialización diferentes. De esta manera nos encontramos con una cultura o gente donde la audición tiene un peso fundamental, con una lengua, la lengua oral de características auditivo-vocal, frente a esa cultura o gente nos encontramos la cultura sorda, eminentemente visual con una lengua de signos de características viso-gestual.

- **Concepto. Clasificación.**

Desde el punto de vista educativo se establecen dos categorías generales en

función de las dificultades que estas personas presentan para la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva.

Esas dos categorías son: los llamados hipoacúsicos y por otro los sordos

profundos.

Los hipoacúsicos son personas cuya audición es deficiente pero de unas

características tales que con prótesis o sin él esa audición es funcional para la vida cotidiana y esa audición permite la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva aunque ese lenguaje sea deficiente en léxico, articulación, estructura.

Los sordos profundos son sujetos cuya audición no es funcional para la vida

diaria, es decir, no permite la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva, que es la que nos ocurre a los oyentes, y la vista va a ser el medio, instrumento para el aprendizaje y para la comunicación. Se toma como referencia para distinguir entre los tipos de sordos, 90 decibelios de pérdidas. Si es +90db es sordo profundo.

Resumen de lo anterior.

Estudio tradicional medicina centrado en el déficit.

ASISTENCIA. Marco biológico

Médico.

Actual psicología centrado en las repercusiones del déficit

En las diferencias culturales marco

Psicolingüístico.

Se diferencia, cultura oyente lengua oral: lenguaje oral

(auditivo).

Cultura sorda lenguaje gestual: lenguaje de signos

Punto de vista (visual)

Educativo.

Hipoacúsico acceso de lenguaje oral canal auditivo.

Sordos profundos no acceso al lenguaje oral por audición

90 db SAC (sistema alternativo de comunicación).

- **Sistema auditivo normal.**

Cualquier objeto que produzca sonido provoca vibraciones en el aire, nuestro oído está preparado para responder y transmitir la información al cerebro, donde va a ser procesada, interpretada, se la dará significado y se contestará por no.

El oído externo, compuesto por el pabellón y conductor auditivo externo, su misión es recoger y conducir las ondas sonoras a través del conducto auditivo externo, es el que revierte menos dificultades graves.

El oído medio, compuesto por la membrana del tímpano y la cadena de huesos (estribo, martillo y yunque). Tiene funciones de transmisión y amplificar las vibraciones sonoras y proteger el oído interno de sonidos muy intensos. Las ondas sonoras llegan al tímpano y al presionarlo lo hacen vibrar, esa vibración pasa a través de la cadena de huesos hasta el oído interno. Las consecuencias de alterar el oído medio son más graves, suele producirse inflamación, otitis...

El oído interno, el más importante, compuesto por la ventana oval o cóclea. Es la parte más importante de la audición, su misión consiste en transmitir las energías sonoras en impulsos eléctricos. Estos impulsos se transmiten desde el nervio auditivo al cerebro donde se percibe, se reconoce e interpreta.

- Tipos:

- **Sordera según el lugar donde se produce la lesión:**

- **Sordera conductiva o de transmisión:** las lesiones están ubicadas en el oído externo o medio, no suelen tener consecuencias graves para el desarrollo y en principio no es necesaria la reeducación logopédica.
- **Sordera neurosensorial o de percepción:** el oído interno es el afectado, los más graves y permanente.

- **Sordera según el grado de pérdida.**

- **Sordera ligera:** se pierde entre 20–40 db. En medios ruidosos pueden tener dificultades para enterarse, no impide el desarrollo comunicativo normal.
- **Sordera deficiencia media o moderada:** se pierde 40–60 db. Suele necesitar ya la adaptación de prótesis e intervención logopédica, pero pueden adquirir el lenguaje por vía auditiva.
- **Sordera severa:** 60–90 db. Solo pueden percibir algunas palabras amplificadas. Es en general la adquisición del lenguaje no se realiza de manera espontánea, necesita logopedia.
- **Sordos profundos:** 90db. No perciben el lenguaje por vía auditiva, plantean problema para la comunicación hablada y para adquirir el lenguaje oral.

- **Momentos de aparición:**

- **Sordera prelocutiva:** se da antes de la adquisición y establecimiento del habla. Impidiendo que se desarrolle el lenguaje de forma espontánea. Antes de los 3 años.
- **Sordera postlocutiva:** cuando se produce la pérdida ya hay un conocimiento del lenguaje, ya hay memoria auditiva.

- **Según las causas sean:**

- **La hereditaria:** no suelen tener problemas asociados, incluso algunos estudios que han comprobado que los niños sordos profunda cuya causa es hereditaria tienen unos niveles intelectuales mayores que lo de otro tipo de causa.
- Los que tienen causas **exógenas**, en este caso se pueden predecir afectaciones neurológicas que dañen, además, del sistema auditivo otras zonas de tejido nervioso.

• **Desarrollo del niño sordo.**

- Desarrollo cognitivo. *Fotocopia.*
- Desarrollo comunicativo.

El desarrollo lingüístico va a estar afectado por muchas variables como pueden ser el tipo de comunicación que se establezca, oral o gestual, o signada, la calidad de los intercambios comunicativos, el grado de pérdida, el tipo... la comunicación y el lenguaje son básicos para establecer las interacciones sociales, a través de estas el niño conoce su entorno. Las investigaciones más actuales le dan una importancia central a las interacciones prelingüísticas que se establecen entre el adulto y el niño que van a ser básicas para el desarrollo posterior del lenguaje. Estos estudios suelen ser escasos y a veces contradictorios, se han centrado en comunicativa, adulto oyente– niño sordo y las interacciones adulto sordo– niño sordo.

Las primeras, *adulto oyente– niño sordo*: las investigaciones realizadas entre el niño sordo y el adulto oyente muestra que mientras los primeros meses el niño se beneficia lo mismo que el niño oyente de las relaciones que establece con el adulto aunque se presentan ciertas dificultades desde el principio. A los adultos les cuesta más establecer los roles en las interacciones. La frecuencia con la que los adultos responden a las vocalizaciones de los niños también es menor y se hace menos referencia a objetos y situaciones que no están presentes. Otra de las cosas importantes es la atención dividida, es decir, el niño no puede al mismo tiempo mirar o atender al rostro del adulto para percibir su intención comunicativa y al mismo tiempo mirar al objeto al que se hace referencia. Tiene que aprender cuándo, dónde y qué debe mirar, todo esto lo tiene que hacer de forma secuencial, no al mismo tiempo. Se pierden los elementos sonoros del lenguaje, sino a responder, ni a distinguir las distintas entonaciones del habla, esto hará que mucha información de esta manera se pierda, no va a comprender la intencionalidad del que habla, por lo tanto, el conocimiento del entorno se va a empobrecer, pero no solo el conocimiento lingüístico sino el conocimiento cognitivo y comunicativo. El niño sordo no tiene retroalimentación auditiva, el balbuceo que se producía al principio del desarrollo desaparece. Pierde el interés por las emisiones vocales. Las relaciones con los adultos también se hacen diferentes, los adultos tienen más dificultades para comunicarse con los niños, tienen menos recursos porque no saben como comportarse en un medio visual, el de los sordos. El estilo de comunicación es más controlador, más que dialogante, esto trae como consecuencia una actitud pasiva y menos interesada con los intercambios comunicativos en el niño sordo.

La segunda, *adultos sordos– niños sordos*, a partir de los 80 del siglo pasado se hicieron una serie de estudios que analizaban los intercambios comunicativos que se establecían entre padres sordos que utilizaban el lenguaje de signo y sus hijos sordos se vio que estos adultos adaptaba su comunicación y realizaban modificaciones en la lengua de signos, solía desarrollar estrategias para atraer y mantener la atención de los niños, estas adaptaciones son similares a las que realizan los adultos oyentes cuando se comunican con los niños oyentes también, vocabulario simple, estructuras sintácticas sencillas, muchas repeticiones.

Características de las interacciones.

- La comunicación esta basada en el contacto físico y visual, que parece estar dirigido a llamar la atención.
- La mayoría de los signos de las madres se realizan en el campo visual del niño.
- Las madre comienza asignar teniendo en cuenta aquello que atrae la atención y con poca frecuencia llaman la atención antes de mirar.

- Las madres son sensibles a la atención dividida, objeto– signo materno percibidos simultáneamente por el niño.
- La información es muy redundante, estructura muy simple.
- Es habitual la repetición de los signos.
- Entre el 25% y un 38% de las producciones son etiquetas para clasificar un objeto.
- A menudo signa sobre la cara y el cuerpo del niño.

(fotocopia referente a este apartado).

• **Sistemas alternativos de comunicación.**

En el tratamiento de la deficiencia auditiva tenemos que tener en cuenta que no hay una sordera sola, sino tantas como personas afectadas. En la mayoría de los casos se presenta la imposibilidad de comunicarse con el lenguaje oral. Para eso se buscan sistemas de comunicación que mejor se adapten a las peculiaridades de las personas, tradicionalmente se ha mantenido la controversia entre los partidarios de la comunicación oral y los partidarios de la lengua gestual, todavía está presente el dilema entre elegir un método u otro.

- **Sistema de comunicación orales:** los sistemas de comunicaciones orales como objeto, la adquisición del lenguaje oral que se habla dentro del sordo.
- *Sistemas verbo– tonal:* basado en aprovechar y optimizar los restos auditivos del sordo. Se buscan los campos óptimos de audición con la ayuda de un amplificador de sonido, Suvag. De esta forma se ayuda a entender los escasos sonidos que le llegan. A través del cuerpo el niño puede adquirir conciencia sonora.
- *Lectura labial:* consiste en reconocer y captar el mensaje a partir de los movimientos de los labios, el problema que tiene es que no todos los sonidos son visibles, otros tienen el mismo punto de articulación.
- **Sistemas de comunicación gestual.**
- **Mixtos:**

– *Palabra complementaria:* complemento visual a la lectura labial, con ella se eliminan las posibles ambigüedades que haya podido proporcionar la lectura labial. Consta de ocho posiciones manuales con tres localizaciones espaciales alrededor de la boca. Es muy importante para la adquisición de la lectura, es similar a la fonología de los oyentes.

- *Comunicación biomodal:* utiliza el lenguaje de signo al mismo tiempo que se habla, pero siguiendo el orden y la estructura del lenguaje oral, por lo tanto es un lenguaje con una estructura igual que el oral, pero tomando signos del lenguaje de signos.
- *Comunicación total:* dicen algunos que representan más de un método, una filosofía, se fundamenta en la idea de que la comunicación debe ser anterior a cualquier tipo de lenguaje y en la comunicación total se trata de utilizar cualquier canal que posibilita la comunicación.

– **Gestual:**

- *Dactilología:* consiste en el deletreo del alfabeto con las manos, suele usarse acompañado al lenguaje de signo, sobre todo cuando ante una palabra nueva no hay en el lenguaje de signo un signo establecido para ello.
- *Lenguaje de signos:* está considerado como la lengua materna de los sordos de forma simultánea a lo que ocurre en la lengua oral con los oyentes, es el modo natural que tiene para comunicarse. Es un

lenguaje visual, de gestos con su propio vocabulario, con estructuras sintácticas, propio vocabulario, con estructuras sintácticas propias, que no corresponden lingüísticamente con el lenguaje oral, no tiene forma escrita, sólo gestual, para muchos contribuye al desarrollo de todas las capacidades del niño, no solo las lingüísticas.

Tema 3. Deficiencia visual.

- Introducción. (fotocopias).
- Sistema visual. (fotocopias).
- Desarrollo psicológico. (fotocopia).
- El tacto. La lectura.
- El espacio y la movilidad. (fotocopia).
- La escuela y la deficiencia visual.(fotocopia).
- **Introducción. (fotocopias).**

Discriminación. Potenciación de otros sentidos. Tacto y oído. Información corporal.

- Inseguridad: miedo a los obstáculos.
- Aprendizaje de recurso: adaptación de estos recursos.
- Educación integrada: específica.
- Conocimiento de la realidad: no se representa visualmente.
- Lenguaje es fundamental.
- Mejor conocimiento cotidiano: autonomía.
- Vidente: simultáneamente todo.
- Ciego: secuencial/ parte del todo.

En primer lugar, la ceguera es un tipo de deficiencia sensorial que sigue unos continuos trastornos leves a trastornos graves. Lo mismo ocurría con la población sorda, la ciega es muy heterogénea, cuando se habla de ceguera debemos tener en cuenta muchos factores.

- Gran número de trastornos visuales.
- Características y etiología distintas.
- Grado de disminución de la visión.
- Momento de aparición de los problemas.
- Cantidad de visión residual.
- Campo visual disminuido.
- Fijación de la mirada sobre un objeto.
- Grado de agudeza visual.
- Gravedad del deterioro visual.
- Grado de funcionalidad que permita.
- Coexistencia de otros trastornos.
- Congénito o adquirido.
- Forma de aparición.
- Condiciones sociales, familiares, psicológicas.

Lo mismo ocurría con la deficiencia auditiva. La visual lo importante va a ser las consecuencias psicológicas que conlleve la falta de visión, será lo más importante, en ese caso será necesario concretar el tipo de deficiencia visual que nos encontramos. En cualquier caso la disminución de la información visual va a ser que el sujeto se vea forzada a depender en mayor medida de la información que le proporciona otro sentido alternativo a la vista, teniendo en cuenta además que una persona con visión adquiere el 90% de conocimiento a partir del canal visual. Convirtiéndose el sentido de la vista en la mayor fuente de conocimiento.

La ceguera va a imponer tres limitaciones, en la cantidad y variedad de experiencia que la persona puede realizar, en la cantidad de conocimiento del espacio que la rodea, y en el control y relaciones que establece con el entorno. Que haya una carencia o una disminución de la información a través de los ojos hará que la representación de la realidad del ciego sea cualitativamente distinta a la que tienen los videntes, y esto no quiere decir que carezca de posibilidades para conocer el mundo o para representárselo. Para acceder a ese conocimiento será necesario el uso frecuente de otros canales sensoriales, el tacto va a ser fundamental para el conocimiento, sobre todo en el entorno próximo, el oído, otro sentido de gran importancia, olfato, tacto, información corporal, gusto.

El lenguaje va a ser central por que a partir del lenguaje la persona ciega conocerá la realidad que no ve.

- **Es sistema visual.**

El sistema visual es muy complejo, según que las lecciones o perturbaciones se produzcan en una parte u otro del ojo los trastornos serán distintos.

Principales enfermedades:

- La luz no se enfoca correctamente en la retina del ojo.
- Miopía.
- Hipermetropía.
- Astigmatismo.
- Vista cansada.
- La luz se difumina al entrar en el ojo.
- Enfermedades de la cornea.
- Catarata.
- Lesiones en la retina.
- Retinopatía diabética.
- Retinopatía del recién nacido.
- Desprendimiento de retina.
- Lesiones del nervio óptico.

– Glaucoma (presión del humor acuoso dentro del ojo).

Clasificación de las principales cegueras en función del grado de funcionalidad.

- Ciegos:
 - Carecen de visión o sólo percepción de la luz.
 - Aprenden mediante el sistema de Braille.
 - No pueden adquirir ningún conocimiento a través de la visión. (Luz – orientación).
- Ciegos parciales:
 - Mayores capacidades:
 - Percepción de la luz.

- Percepción de bultos y contornos.
- Algunos matices de color.
- Sistema braille.
- Baja visión:
 - Restos visuales – permite ver un objeto a pocos centímetros.
 - No se le llama ciego.
 - Deben aprender a desenvolverse con el sistema táctil.
- Limitados visuales:
 - Precisan una iluminación adecuada.
 - Pueden ser integrados en el ámbito educativo.

• **Desarrollo psicológico.**

- Primera infancia.
- Edad escolar. (fotocopia).
- Adolescencia.(fotocopia).

Dominio de las habilidades mentales que posibilitan el conocimiento de la realidad se alcanza:

- A través de la acción.
- A través de la representación.
- A través de la comunicación social.
- Ajustes a los canales sensoriales existentes.

Desarrollo de la persona ciega:

- Adquisición del repertorio intelectual. Comparable al de los videntes.

3.1. Primera infancia. (Desde que nace hasta los 3 años).

En general hasta el cuarto mes, las pautas evolutivas de los niños son iguales que los niños que ven. Ejercitar reflejos innatos que formaran los esquemas cognitivos.

Pautas evolutivas generales de ciego de nacimiento:

- Hasta el cuarto mes:
 - Muy similar al de un vidente.
 - Ejercitar los reflejos innatos.
 - Va formando los esquemas de acción respecto a su propio cuerpo.

Ejemplo: perfecciona el esquema de coger, coordinar la succión y la presión, sonríe cuando oye a la madre.

- No los relativos a la visión.
- A partir de esta edad, diferencias.

Conducta de alcance o conducta de búsqueda de objetos:

- Ante de los 7 meses no hay indicios de búsquedas si se le quita un juguete de la mano no intentan

recuperarlo.

- Entre los 7–8 meses comienzan a buscar objetos con lo que tienen contacto táctil, pero sin tener en cuenta el lugar en el que lo perdió y muy brevemente, si se le hace sonar el objeto perdido lo busca, pero abre y cierra la mano como si quisiera atraparlo, si no lo ha tocado previamente no hay respuesta a los objetos sonoros.
- Entre los 8–11 meses comienza a buscar los objetos por el sitio que los perdió, cuando se le cae es capaz de buscarlo ayudado por el sonido, aunque todavía no lo busca si no lo ha tocado antes.
- Sobre los 12 meses ya sí es capaz de buscar un objeto guiándose solamente por su sonido lo cual supone la coordinación definitiva entre el oído y la mano.

Permanencia del objeto:

- Sabe que un objeto sigue existiendo aunque no lo pueda oír o tocar.
- Sigue la misma secuencia que los videntes con un retraso considerable entre 8 y 36 meses.
- Sabe ante de la permanencia de los objetos sociales que la de los físicos Representación de la madre:
- Predisposición genética a atender preferentemente a ciertos rasgos perceptivos provenientes de las personas presencia de la madre es mucho más constante.
- No está claro sin embargo cuales son las vías que utiliza para saber que un objeto sigue existiendo aunque no lo vea.

Apego

Gran importancia en el desarrollo del niño ciego. Para el establecimiento de unas buenas relaciones de apego:

- La aceptación de la minusvalía.
- El conocimiento por parte de los padres de sus potencialidades.

Si son capaces de interpretar las señales y de reaccionar a sus demandas.

La voz es el sustituto del rostro para suscitar las primeras sonrisas.

Tiene manifestaciones similares a los videntes en la etapa de miedo a los extraños, en su caso se produce un descenso de la sonrisa hacia los 8–9 meses.

Lenguaje.

- Balbuceo es completamente normal y semejante a la de los videntes.
- Pautas de comunicación preverbal entre el niño y su figura de apego afectadas.
- A partir de los dos o tres años, el lenguaje de los niños es completamente normal.
- Si tienen grandes problemas para utilizar correctamente los términos personales, yo, tu, como espaciales, ir, venir, debido a problemas de autorrepresentación y a la dificultad de las relaciones espaciales.

Desarrollo motor.

Cuando están bien estimulados, las primeras adquisiciones posturales, darse la vuelta, sentarse o caminar con ayuda, se desarrollan de la misma manera y dentro del mismo rango de edad que en los videntes.

Excepción: la postura de levantarse con los brazos en posición prona no se hace hasta los 9 meses (videntes a los 2) problemas relacionados con la movilidad escasos motivos para interesarse por el mundo exterior en estas primeras etapas.

Retrasos en todos los aspectos que se refieren a la movilidad autoiniciada, ponerse de pie, andan sin ayuda.

Mando independiente: retraso 7–8 meses. (Andan aproximadamente a los 19 meses).

Falta de gateo de forma espontánea, necesita utilizar las manos en lugar de los ojos para buscar objetos y reconocerlas por lo que puede no resultarle adaptativo, solo cuando sea capaz de buscar objetos sonoros, empezará a tener interés por moverse.

• El tacto. La lectura.

El tacto es un sistema sensorial que utilizan las personas ciegas para conocer el mundo, los objetos permitiéndole captar las distintas propiedades de las cosas, temperatura, textura, forma... las personas ciegas suelen reconocer los objetos con mucha rapidez y precisión, sin embargo, es importante saber que no tienen mayor sensibilidad en la piel ni más desarrollados otros sentidos, sin embargo sí utilizan con más frecuencia sentidos que para nosotros pasan desapercibidos, por necesidades han aprendido a atender a ciertas señales del ambiente especialmente las que vienen del tacto y oído. Muchas personas que ven, porque utilizan la visión para conocer.

El hecho de poseer una mayor sensibilidad táctil sería perjudicial para nosotros porque cualquier estimulación por pequeña que fuera perturbaría nuestra vida.

Cuando un ciego explora un objeto para reconocerlo sucede algo parecido a cuando un vidente mira, las manos, lo mismo que los ojos aunque de una manera mucho más lenta y de forma sucesiva se mueven de una manera intencional para buscar las peculiaridades del objeto, sin embargo, existen ciertas diferencias entre la percepción y el procesamiento de la información a través del tacto y la vista.

En el caso del tacto en cada momento sólo se reconoce una parte del objeto, sólo la que entra en contacto con la mano, por eso la información del tacto es secuencial. También cuando más grande sea el objeto más se tarda en reconocerlo y más gasto hay en la memoria de trabajo para retener información de los objetos abarcables con la mano.

Estas características que diferencian al tacto de la visión hacen que características denominadas locales como son, textura, temperatura, son más salientes perceptivamente que otras características denominada globales de los objetos. Las primeras se reconocen mejor y antes que las segundas.

Global visión +

Local tacto +

Una propiedad como la textura tiene una secuencia perceptiva parecida a la propiedad del color en los niños videntes, de forma similar a lo que les pasa a los niños que ven, aprender a reconocer el color (3–4 años), los niños ciegos reconocen la textura más o menos a esa edad, 3–4 años. Mas adelante reconocen tatilmente la forma, pero con cierto retraso con respecto a los niños que ven.

La lectura.

El acceso a la información por parte del ciego se puede hacer de distintas formas, pero parece que la más eficaz sigue resultando el braille. La lectura está formada por una combinación de puntos sobre una matriz de tres por dos. Cada letra se distingue de las demás por los puntos sobresalientes y la posición que ocupan, constan con 26 letras y algunos puntos de puntuación que forman el alfabeto. El hecho de utilizar el tacto para reconocer las letras hace que los procesos psicológicos que intervienen en la lectura no sean coincidentes con los que se emplean en la lectura en el caso de la visión. La lectura se hace con la yema de los dedos índices,

según la habilidad con dos o uno. El dedo se desliza de forma suave y horizontal presionando los puntos, la lectura se hace letra a letra, el cual la velocidad de lectura de un ciego es menor que la de una persona que ve, como promedio una persona que lee braille tiene unas 115 palabras y el vidente 260 por minutos. Otro de los posibles inconvenientes es que la destreza lectora mejora muy lentamente que en el caso del vidente.

- **Movilidad y conocimiento del espacio. (Fotocopias).**
- **La escuela y la deficiencia visual. (Fotocopias).**

TEMA 4. DEFICIENCIA MOTORA.

- **Introducción. Definición.**
- **Clasificación general.**
- **De origen cerebral. Parálisis cerebral.**

- Motricidad.
- Cognitivo.
- Lenguaje.

- **Escuela y discapacidad.**
- **Introducción. Definición.**

Como ocurría en la deficiencia visual, auditiva, en el caso de la deficiencia motora se ha pasado históricamente de una visión basada en la deficiencia en la que se ha tenido en cuenta principalmente todos los aspectos orgánicos, en ese sentido se ha entendido la deficiencia como una pérdida de una función o de un órgano. Actualmente existe otra perspectiva de corte educativo que toma como referencia las necesidades de las personas con deficiencia en el contexto, en el ambiente en que se mueven. Es verdad que los trastornos motores afectan en muchos casos a aspectos importantes de la comunicación, del proceso de aprendizaje, pero el cometido, la misión fundamental que tiene el profesional es conocer el problema motor que tiene estas personas, proporcionar los recursos, adecuarlos a sus capacidades para potenciar su desarrollo. Teniendo en cuenta lo dicho una persona con deficiencia motora es aquella que de forma transitoria o permanente tiene una alteración o deficiencia motora, es aquella que de forma transitoria o permanente tiene una alteración o deficiencia en el aparato motor o en su funcionamiento y esto va a afectar al sistema óseo, circulatorio, nervioso y muscular.

Los problemas afectados presentan una desventaja en su aparato locomotor y se traducen en limitaciones de la postura de las coordinaciones de los movimientos de forma independiente o conjuntamente se presenta en gran medida de más personas a otras la cual implica que hay mucha heterogeneidad en esta población.

Además, a veces, la deficiencia motora va acompañada de otros trastornos de tipo sensorial o intelectual o lingüísticos, aunque existe cierto porcentaje de persona que tienen conservados sus capacidades y que sólo tienen alterados la parte motora.

- **Clasificación general.**
 - Según la fecha de aparición:
 - desde nacimiento:
 - Malformaciones congénitas (personas que nacen sin piernas, sin brazos).
 - Espina bífida.
 - Después del nacimiento.

- Parálisis cerebral (problemas fundamentales en el parto).
- A lo largo de la vida.
 - Traumatismo craneoencefálicos.
 - Traumatismo vertebrales.
 - Tumores...
- Según el origen:
- Origen cerebral:
 - Parálisis cerebral.
 - Traumatismo craneoencefálicos.
 - Tumores.
- Origen espinal:
 - Espina bífida.
 - Poliomiелitis.
- Origen óseo-articular.
 - Malformaciones congénitos.
 - Reumatismos.
 - Condodictrofia. (Enanismo).
- Origen muscular.
 - Distrofia musculares progresivas.
- Según las causas:
 - Transmisión genéricas. La madre es portadora o uno de los padres lo padece.
 - Infecciones microbianas: la polio, tuberculosis ósea.
 - Accidentes: parálisis cerebral, amputaciones.
 - Origen desconocido: espina bífida, tumores.
 - **Parálisis cerebral.**

El término suele emplearse para englobar trastornos muy diversos, todos estos se producen por el desarrollo defectuoso de las áreas motoras del cerebro que interrumpen la capacidad del cerebro para controlar el movimiento y la postura. Estos trastornos aparecen durante los primeros años de vida, aunque no empeora con el tiempo, por eso se dice de él que un trastorno persistente pero no invariable del tono, el movimiento y la postura. Aparece en la 1ª infancia cuando el cerebro está creciendo y desarrollándose, la parálisis cerebral no es contagiosa, no suele transmitirse pero la reeducación del trastorno ayuda a que produzca mejoría, no incluye lesiones evolutivas como las producidas por un tumor o por enfermedades degenerativas. Las lesiones están incluidas en el cerebro y solo se lesiona algunas partes del cerebro, las motoras responsables de los movimientos.

Los síntomas son variables, una persona puede encontrar dificultad en tareas motoras finas o puede tener problemas para mantener el equilibrio o puede tener movimientos involuntarios, retorcerse la mano o babear, los síntomas pueden variar también en el sujeto de un momento a otro, aunque pueden existir trastornos

asociados a esta disfunción motora, las facultades intelectuales pueden permanecer intactas. Con frecuencia se suele alcanzar con mucha lentitud etapas del desarrollo como: rodar, gatear, tiene un tono muscular anormal o disminuido, hablamos de hipotonía, o un tono muscular exagerado, hablamos de hipertonía.

Tono muscular: hipertonía: tensión.

Hipotonía: relajación.

- *Causas.*

Alrededor del 10%–20% de los niños con parálisis la adquieren después del parto, en este caso hablamos de parálisis adquiridas, suele ser consecuencia de daños cerebrales de los primeros meses de vida o el primer año, puede ser producidas por meningitis, encefalitis viral, o por lesiones resultados de caídas, malos tratos, accidentes de automóvil. La parálisis congénita suele estar presente durante el parto, aunque puede no ser descubierta hasta tiempo después. En la mayoría de los casos, la causa de la congénita es desconocida, sin embargo, algunos acontecimientos durante el embarazo o cercanos al parto pueden hacer daños a los centro motores ante de que el cerebro termine de desarrollarse, en este sentido, algunas de las causas de las parálisis congénitas incluyen:

- Infecciones de la madre durante el embarazo (rubéola).
- La exposición de la madre embarazada a rayos X.
- Incompatibilidad de Rh. El cuerpo de la madre crea células inmunológica llamadas anticuerpos que destruyen las células sanguíneas del feto, produciendo una forma de ictericia en el recién nacido.
- En el momento del parto se produce la famosa anoxia, falta de oxígeno al cerebro, o la falta de asfixia, falta oxígeno en pulmones, traumatismos en la cabeza debido a las ventosas, partos prolongados.

- *Clasificación.*

- Efecto funcional:
- *Espasticidad*: los músculos están rígidos y contraídos de forma permanente. Afecta al 70– 80 %, estos están en este grupo.
- *Atetosis o atetoides*: se caracteriza por movimientos lentos e incontrolados y suelen afectar a las manos y brazos, pies y piernas, a veces a determinados músculos de la cara y lengua causando muecas y babeos... aumentar en los periodos de nerviosismo, stress emocional y suele emitir con el sueño. Suelen tener problemas en el habla porque no realizan los movimientos musculares adecuados, es denominado disartria, afecta al 10–20 % de las personas.
- *Atarxia*: se altera el equilibrio y la coordinación de los movimientos, tiene estabilidad en la marcha y también cuando tienen que realizar movimientos precisos como escribir. Suelen tener lo que se llama temblores de intención, consiste en iniciar un movimiento voluntario para coger un objeto se produce un temblor en la parte del cuerpo usado. Suele tener una incidencia del entre 5–10%.

También se dan de forma combinadas y sobre todos se dan juntas la primera y segunda.

- Atendiendo a la parte afectada:
- *Monoplejia*: una extremidad.
- *Paraplejia*: solo las piernas.
- *Tetraplejia*: cuatro extremidades.
- *Hemiplejia*: brazo y pierna de un lado.

Características evolutivas.

Los niños con parálisis cerebral pueden tener alteraciones en su desarrollo psicológico que se derivan directa o indirectamente de sus trastornos motores. La mayor parte de las habilidades que un niño consigue a lo largo del desarrollo tienen un gran componente motor (andar, manipular, explorar...) y la parálisis altera esas habilidades, según la gravedad de la lesión el niño puede adquirir más tarde esas capacidades de forma anómalas, incluso no llegan a adquirirlas, en la psicomotricidad hay por un lado unos componentes de tipo biológico, de tipo madurativo que tienen que ver con el desarrollo del cerebro, y por otro unos componentes sociales que tienen que ver con el hecho de que a través del movimiento el niño se relaciona con el mundo físico, el de los objetos, y el mundo social, el de las personas.

La meta del desarrollo motor es el control de nuestro cuerpo, es tener capacidad de conocer el exterior y de relacionarse con los demás por eso el desarrollo psicomotor necesita tanto, lo que hace referencia en la maduración como lo referido a lo ambiental, la estimulación. Dicen los expertos que sino hay maduración no hay progreso en el desarrollo pero a la vez el niño necesita situaciones que estimulen su aprendizaje.

El niño evolutivamente normal aproximadamente a los dos años de edad adquiere ese control postural gracias a esas esos doble componente, madurativo y biológico.

En el escaso de la parálisis cerebral los primeros cauces del desarrollo provocan trastornos no solo en el control postural sino en otros aspectos como la marcha, la manipulación, lenguaje, etc. Además de tener el tono muscular alterado suelen seguir patrones motores anormales manteniendo posturas reflejas primitivas, en el caso del niño normal desaparece a lo largo del desarrollo y sin embargo estos niños con incapacidades de no poderlo hacer, lo cual va a interferir los movimientos adecuados.

El hecho de que un niño tenga un desarrollo motor alterado no quiere decir que su desarrollo cognitivo sea inferior a lo normal, lo que ocurre en la mayoría de ocasiones es que va a tener dificultades para experimentar, explorar y en último caso para conocer, eso conlleva a un empobrecimiento de experiencias. Generalmente salvo que hay trastornos asociados, retraso mental, las alteraciones que se pueden observar en los niños son consecuencias del déficit motor que puede afectar a su aprendizaje, a la percepción personal de eficacia, si nos referimos a niños con un gran daño cerebral y que además tengan un trastorno asociado lo más probable que su nivel intelectual sea pobre, por ejemplo, caso de espina bífida, normalmente acompañada de graves problemas de atención. Sin embargo, si hablamos de la distrofia muscular no tenemos porque pensar que haya además que haya deficiencia intelectual.

En la investigación hay un gran dilema sobre la evaluación de la inteligencia en estas personas con parálisis cerebral porque resulta muy difícil mediar la capacidad intelectual en estos niños. Por dos motivos, las pruebas que se utiliza requieren cierta expresión verbal que algunos niños no pueden o no tienen un grado de motricidad que no tienen estos niños con parálisis. La mayoría de los estudios que intentan estimar la relación entre inteligencia y afectación motora consideran que al menos un 30% de personas con parálisis tienen retrasos intelectuales como consecuencia de daño en el sistema nervioso central.

Lo difícil parece ser sobre todo en casos más graves, y la capacidad intelectual es consecuencia de que el daño cerebral haya afectado a todo el tejido implicado en las habilidades intelectuales o si nos encontramos ante un caso de déficit de estimulación ambiental.

El objetivo de la escuela es promover la autonomía personal y es fundamental enseñar al niño tanto destrezas básicas como habilidades cognitivas complejas. Estos niños están desarrollándose y los principios de enseñanza son los mismos que para cualquier otro niño con las adaptaciones que haya que hacer. El desarrollo cognitivo está muy relacionado con el lenguaje, el lenguaje sirve como medio de comunicación y de conocimiento; en este caso los niños con parálisis cerebral tienen bastantes alteraciones del lenguaje, aproximadamente $\frac{3}{4}$ partes tienen dichas alteraciones. Las lesiones se producen siempre en el control de los

órganos sonoroarticulatorios, pueden hablar pero su mensaje es ininteligible, además pueden venir acompañado de otros problemas: masticación, deglución...; Sin embargo si no hay otros problemas asociados la comprensión del lenguaje puede desarrollarse correctamente. Los casos más graves no hablan; a pesar de eso es importante que por muy grave que sea la afectación siempre hay alguna forma de comunicación, hay que saber que parte de su cuerpo puede utilizar, que método de trabajo es el mejor, sino tenemos conocimientos hay que asesorarse, no ser rígidos en las normas y colaborar en equipo. Existen unas agudas que resultan fundamentales para posibilitar la comunicación, son los llamados sistemas aumentativos de comunicación.

Los sistemas aumentativos de comunicación son recursos que ayudan a la independencia de las personas, pueden aumentar la comprensión de lenguaje hablado y transmite tranquilidad a los niños porque ellos tienen la certeza de su entendido, se produce su nivel de ansiedad y pueden controlar mejor su aparato fonador.

TEMA 5. EL AUTISMO.

- Introducción. Definición.
- Etiología (causas).
- Los problemas.
- **Introducción. Definición.**

Aunque el autismo se viene estudiando hace mucho tiempo la delimitación y el estudio riguroso científico del trastorno comienza en 1943, un psiquiatra austriaco, Leo Kanner, trabajando con niños con trastornos mentales aplica el término de autismo a niños que se caracteriza sobre todo por problemas muy severos en el aspecto social, desde entonces se le denomina síndrome de Kanner o autismo infantil, desde entonces se ha investigado muchísimo, pero todavía hoy existe gran confusión a la hora de determinar que es el trastorno, como se diagnostica e incluso que estrategia educativa son las mejores para tratar el problema. Se estima que afecta el autismo de entre dos y diez personas por 10.000 personas, esta cifra daría según los criterios de diagnósticos que se utilice. Será en todas las culturas. El caso de autismo se da en todos los casos, se da más en los varones que en las mujeres.

El trastorno es crónico y extremadamente incapacitante, casi un 70% de las personas autistas tienen retraso mental. Se acompaña el trastorno en movimientos corporales anormales, muchos balanceos, tic. , problemas de hábitos de alimentación. Tienen problemas de sueño.

Cuando el autismo es grave suelen tener comportamientos extremadamente repetitivos, pocos usuales, dañinos, o comportamientos agresivos. A veces el tratamiento suele ser muy complejo, hay conductas difíciles de modificar, erradicar. También hay autismo leve, niños por encima de la media en inteligencia y esas formas más leves se asemejan a dificultades de aprendizaje.

Definición:

Kanner encontró en los niños que estudiaba unas características:

- *Deficiencia social severa:* Soledad autista o incapacidad para mantener relaciones interpersonales.
- *Problemas lingüísticos y comunicativos:* en ninguno de los casos se usaba el lenguaje de forma funcional.
- *Invarianza ambiental:* obsesión por mantener la estabilidad del ambiente son: poder tolerar los cambios.
- *Habilidades especiales:* buena memoria mecánica, buen vocabulario, en aquellos que hablan.
- *Buen potencial cognitivo.*
- *Percepción física normal.*
- *Trastorno de contacto afectivo de carácter social.*

Hoy, actualmente los investigadores han desarrollado varios conjuntos de

criterios para el diagnóstico del autismo, esos criterios incluyen las siguientes características:

- *Diagnóstico actual:*

- Ausencia de juego imaginativo y social.
- Habilidad limitada para hacer amistad con sus iguales.
- Habilidad limitada para iniciar o mantener una conservación con otros.
- Uso del lenguaje estereotipado, repetitivo, o no habitual.
- Interés restringidos que son anormales en el objetivo y en la intensidad.
- Aparente inflexibilidad y apego a rutinas específicas o ritos.
- Preocupación por algunas partes de los objetos.

- En este caso se entiende el autismo:

- Trastornos profundos del desarrollo.
- Problemas que afectan a múltiples funciones.
- El desarrollo no solo se retrasa sino que se altera cualitativamente.
- Las pautas funcionales y de conducta no corresponden a ningún estadio del desarrollo.

- Autismo clásico: se establecen tres grupos de alteraciones que deben estar presentes antes de los tres años:
 - Problemas sociales.
 - Problemas en el uso del lenguaje.
 - Déficit cognitivo.

Además de este autismo clásico hay niños con algunos síntomas del autismo pero no con lo suficiente como para ser diagnosticado con la forma clásica en este caso entrar en la categoría denominada desorden extendido del desarrollo no específico:

- *Síndrome de Asperger*: se caracteriza porque estas personas tienen un pensamiento inusual, concreto, literal. Se obsesionan por determinados temas, tienen una memoria estupenda, aunque comportamiento excéntrico. Sin embargo, destrezas lingüísticas muy buenas. De hecho suelen funcionar a un alto nivel, llega a trabajar y vivir de forma independiente.
- *Desorden desintegrativo de la niñez*: ocurre en niños que parecen normales en sus primeros años y que poco a poco van perdiendo destrezas, problemas en el lenguaje y sobre todo problemas comportamentales.
- *Síndrome de Rett*: Es un trastorno degenerativo que afecta más a las mujeres principalmente. Suelen tener pérdida del habla, movimientos corporales automatizados, balanceos, movimientos de las manos. Pueden ir acompañados de retrasos de severos a profundos.
- *Síndrome de la X frágil*: el cromosoma X es anormal, va acompañado de retrasos mentales, suelen tener hiperactividad, poco contacto ocular, poca comunicación. Coestimulación característica.
- *Síndrome de Williams*: retraso del lenguaje, muy sensibles al sonido, trastorno de atención, problema de relaciones sociales.

En conclusión el autismo:

NO ES	Sí es
Problema emocional que se da en gente inteligente.	Un trastorno profundo del desarrollo cognitivo, social y comunicativo que casi siempre se acompaña de otras deficiencias.

Debido al trato recibido o al tipo de educación.	Debido a causas medicinales múltiples.
Que se da en ciertas familias especiales.	Que puede aparecer en cualquier familia y nivel social.
Que se cura	Se mantiene a lo largo de la vida
Un problema con el que no se puede hacer nada.	Y del que se puede mejorar con la educación y el tratamiento especializado.

• **Etiología. (Causas).**

Kanner basándose en el aspecto físico de estas personas y también que presentaba ciertas habilidades especiales, sobre todo de memoria y ciertas habilidades de vocabulario, dedujo que estos niños no tenían déficit cognitivo, pero sí sociales. A la hora de establecer las causas hay que ser cautos porque no hay una respuesta concluyente y más queda una causa se habla de un conjunto de ellas, desde que se describieron las primeras hasta la actualidad ha habido muchas teorías explicativas y aunque ninguna es definitiva la investigación se va más por una que por otras, en primer lugar vamos a ver las teorías psicogenéticas:

Se fundamentan en la corriente psicoanalítica. Presuponen que el autismo es una patología de carácter emocional o una forma temprana de esquizofrenia, causa por una carencia emocional producida en un medio familiar caracterizado por padres fríos, hostiles e incapaces de establecer una relación adecuada, a todo eso se le sumaba los graves trastornos cigóticos como sí lo es la esquizofrenia y lo que sí es un trastorno del desarrollo. Otra cosa que descubre la investigación es que la conducta de la familia no causa autismo en todo los comportamientos inadecuados de los padres son con frecuencia de la consecuencia del trastorno. En la familia causa con impacto muy importante este problema y es lo que desencadena los posibles trastornos psicológicos familiares. Se descubre además que los rasgos de personalidad, las relaciones conyugales y el resto de las relaciones que establece la familia no son diferentes en el caso de la familia que tienen niños autistas de aquellos que no tienen niños autistas.

A partir del siglo pasado (1960) se empieza a poner en duda la idea del buen potencial cognitivo del que partía Kanner, y la investigación intenta demostrar que precisamente el autismo es un trastorno cognitivo que se caracteriza por un déficit en el pensamiento de la abstracción, además de graves problemas en la atención y en la memoria. Aspectos todos relacionados, unido a todo esto, que la mayoría de los niños con autismo tienen retraso mental.

Hoy en día, todavía surge la controversia entre considerar los factores cognitivos prioritario o los afectivos y sociales, aunque parece ser que tiene vigencia más la primera postura. Entre los defensores que el autismo está causado por un déficit cognitivo, están los investigadores denominados teoría de la mente.

Teorías psicogenéticas: corriente psicoanálisis.

◆ **Déficit cognitivo 1º: teoría de la**

Estos entienden que los niños autistas unen incapacidad de los autista

para darse cuenta que la otras personas, los demás, tienen puntos de vistas distintos y propios, muchos autistas no se dan cuentas que otros pueden tener perspectiva distinta de las cosas, para referirse a esto, estos investigadores hablan de déficit metarrepresentacional, una dificultad para deducir estados mentales en otros.

Hay argumentos a favor de la segunda postura, el autismo se produce por déficit social, el autismo se produce por déficit social, el autismo se produce por el déficit social. Necesita cierto nivel de

desarrollo cognitivo para conseguir avance sociales, también es verdad que las habilidades cognitivas se apoyan en los intercambios sociales para que puedan desarrollarse, por lo que es posible que sean las interacciones sociales las más importantes.

Por otro lado está la investigación neurobiológica que ha proporcionado resultados que permiten comprobar que el trastorno autista puede ser causado por varios trastornos orgánicos, que tiene una base biológica. Dicen que hay una predisposición genética, es decir, que hay una mayor probabilidad que dos gemelos idénticos sean autistas que los mellizos, hay una proporción del 100% al 50%.

Otra son los agentes infecciosos (Rubéola), en el embarazo de la madre, además la contaminación ambiental influye. Otra de las cosas, la anormalidad cerebral, una anormalidad bioquímica parece responsable del autismo. Un mayor nivel de serotonina, también alteraciones en la estructura cerebral. En las autoxias se ha comprobado que determinadas partes del cerebro está menos desarrollada, como es el hipocampo, las amígdala, son las responsables de las emociones, agresividad, aprendizaje. Está menos desarrollado.

El cerebelo, lo tienen más grande o más pequeño.

Autismo	Esquizofrenia
4/5 x 10.000	8/10 x 10.000
Aparición temprana: 1ª infancia	Aparición tardía: adolescencia
Predisposición familiar: infrecuente	Predisposición familiar: muy fuerte
Ausencia o rara presencia de delirios y alucinaciones.	Frecuentes delirios y alucinaciones
Evolución: persistencia del autismo	Evolución: cíclica con periodos de normalidad.
Crisis epilépticas; frecuentes en ¼ población.	Crisis epiléptica infrecuente.

Autismo	Retraso mental
Acceso epiléptico en adolescencia.	Acceso epiléptico en 1ª infancia.
Ratio sexual: 4 niños, 1 niña.	Ratio sexual: ligero predominio masculino sexual.
Mayor disminución cognitivo.	Mayor fracaso en tareas cognitivas.
Disminución señales socioemocionales: muy dañado.	disminución señales socioemocionales: no dañado.
Disarmonía evolutivo.	Retraso generalizado.

Algunas diferencias entre autismo.	Trastorno severo del lenguaje receptivo.
Incidencia: 4 niños, 1 niña.	Ligero predominio masculino.
Pero pronóstico.	Mejor pronóstico.
Déficit cognitivo más amplio.	Déficit cognitivo más limitado
Persistentes problemas de conductas socioemocionales	Alteración socioemocional más limitada.
Persistente inhabilidad comunicativa	Mejor afectación en otros sistemas alternativos de comunicación.

Esquema de etiología. Resumen.

Etiología. Kanner (1943). Problema social–afectivo.

- ◆ Teoría psicogenética (años 40–50 psicoanálisis). Trastornos sociales.
- ◆ Teoría cognitiva (a partir de los 60). Problemas incapacidad meta representacional.
- ◆ Investigaciones psicológicas: origen orgánico (a partir de los 60). Actualidad: Cognitiva

Biológicas +

Social

- **Los problemas. (trabajo fotocopias en clase).**
- Sociales.
- En uso del lenguaje. Basada en la teoría de la mente.
- Problemas cognitivos.

TEMA 6. RETRASO MENTAL.

- Introducción.
- Procesos cognitivos.
- **Introducción.**

El modelo clásico de estudio del retraso mental ha sido el enfoque psicométrico que se

basa en hacer una medición cuantitativa de la capacidad intelectual. Desde esta perspectiva se consideraron dos ideas que hoy están desfasadas o erróneas, una de ellas pensar que el cociente intelectual es inmutable, no se puede modificar, lo cual daba una gran importancia en los factores hereditarios; la segunda idea, pensaban que la inteligencia sólo es lo que miden los test de inteligencia. Actualmente se sabe que el coeficiente intelectual (CI) puede variar bajo determinadas circunstancias. La inteligencia no es solo lo que miden los test, hay una serie de habilidades de tipo adaptativo que no se miden en los test, sino en la vida cotidiana del individuo. Además, ningún resultado aislado de un test puede tomarse como criterio único para determinar el CI.

En 1992, la asociación americana de retraso mental (AMMR) elabora un sistema de clasificación del retraso en el que se clasifica el retraso mental atendiendo no solo a los aspectos cuantitativos, hereditarios, sino que se destaca los aspectos cualitativos educables del sujeto y esta posición se basa en un enfoque multidimensional del retraso, y la gravedad del problema se refiere al tipo y al grado de apoyo que la persona va a necesitar, en ese sentido esta asociación entiende que la tarea no es tanto, aunque no lo niega, diagnosticar y clasificar a las personas con retraso y de ahí determinar un tratamiento como que se va a asistir en evaluar distintas dimensiones de la persona y el entorno, de ahí lo de enfoque dimensional, y de ahí en base a esos diagnósticos tanto del sujeto como del ambiente determinar los tratamientos y servicios que va a necesitar, y de esa forma no solo se clasifican a su coeficiente intelectual sino que se establece en función de sus necesidades. Se pasa del sistema de clasificación tradicional a un nuevo etiquetaje, clasificación.

Clasificación tradicional Nueva clasificación.

(nivel de retraso, medida cuantitativa) (*apoyos*, medida cualitativa) relación.

Leve 55–70 Intermitentes.

Moderada 40–50 Limitado.

Grave o severo 25–39 Extenso.

Profundos – de 24 Generalizado.

Apoyo intermitente: el apoyo intermitente consiste en recibir apoyo cuando sea necesario, tienen una naturaleza episódica, no siempre se requieren apoyos o durante cortos periodos o de corta duración, son puntuales.

Apoyo limitado: son apoyos intensivos durante un tiempo determinado.

Apoyo extenso: son apoyos regulares diarios, por ejemplo en algunos contextos (trabajo, casa...) y sin limitación temporal a priori.

Apoyo generalizado: intensivos, constantes, en distintos contextos y sin tiempo de finalización.

(examen fijo) **Nueva definición de la AMMR (1992) conceptos claves de la definición.**

No lo niega, sino lo que hace es absorber.

Capacidades: Entornos:

- ◆ Inteligencia. – Hogar.
- ◆ Habilidades – Trabajo/ Escuela.

Adaptadas. – Comunidad.+

Funcionamientos

Apoyos

- ◆ El retraso empieza antes de los 18 años.
 - ◆ Son muchas cosas las que hay que considerar, funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas, consideraciones psicológicas / emocionales, consideraciones físicas/ la salud/ etiológicas y consideraciones sobre el entorno.
- **Procesos cognitivos. (Lo tienen alterados).**

Por definición, las personas con retraso mental funcionan con un retraso intelectual,

pero nos interesa saber que impacto tiene ese retraso en la manera de aprender del sujeto y en su habilidad para poder adquirir destrezas que le permitan funcionar de forma más autónoma posible dentro de su entorno.

En la actualidad, los problemas del retraso se estudian dentro de la perspectiva

cognitiva. Esta perspectiva entiende que las dificultades que tienen estas personas como por ejemplo en resolver un problema, atender, memorizar, responder a los cambios, etc. No se pueden explicar argumentando la baja inteligencia, este enfoque asume que la diferencia primordial entre retrasados y no retrasados se debe a ritmos diferentes de desarrollo más que a déficit estructurales del sistema cognitivo, es un problema más de función que de estructura. Esta perspectiva intenta descubrir cuales son los mecanismos responsables del bajo rendimiento de estas personas y se interesen por las dificultades o disfunciones que estas personas tienen en aspectos cognitivos con la atención, memoria, control cognitivo (saber que tengo que hacer) generalización (si puedo transferir a otros contextos diferentes por similares). Nos centraremos en atención, memorización y metacognición.

5

21

Tamaño forma

Textura