

TEMA 1: EDUCACIÓN ESPECIAL Y ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (N.E.E.)

1.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA.

- Sociedades Antiguas -> infanticidio

En las sociedades antiguas lo que se hacía cuando nacía un niño con discapacidad era que se les mataba, pesaban que no tenían derecho a vivir.

- Edad media -> causas sobrenaturales

La Iglesia condena el infanticidio de la época anterior, dice que no hay que matar al niño, la causa del porqué nacieron, es porque son personas que están poseídas por seres malvados, y para salvarlos se utiliza el exorcismo, y de este modo dejan de estar poseídos.

- S.XVII y S.XVIII -> ingresos en orfanatos

Se intenta dar un tipo de respuestas a estas personas y lo que se hacía era ingresarlos en orfanatos, manicomios, cárceles, es decir, que las personas disminuidas están condenadas.

En el s. XVIII hay experiencias positivas, aunque sigue el rechazo. Estas experiencias son:

-> *Ponce de León* (s. XVI): "Doctrina para los mudos, sordos". Método oral; cómo enseñar a hablar, a pronunciar, lo que es la lectura labial. Se le considera el creador del método oral.

-> *Bonet* (s. XVII): "Reducción de las Artes y las letras para enseñar a hablar a los mudos". Sigue un poco la línea de Ponce de León.

-> *L'École* (s. XVIII): "Escuela pública para sordomudos". Es el primero que crea una escuela pública para ellos.

-> *Hally* : "Instituto para niños ciegos". Crearon el método Braille.

(Estas experiencias se hacen para sordos y ciegos, pero no para otras discapacidades.)

-> *Finales s. XVIII y principios del XIX*: Nace la educación especial. Se empiezan a crear centros, instituciones para los niños, personas que tengan alguna discapacidad. **Era de instituciones.** En estos centros el carácter es asistencial y no educativo (se llevan allí para que estén comidos, asistidos, limpios..., recogidos, pero no se hace ninguna labor educativa).

Estos centros se crean porque hay dos ideas contrapuestas en la sociedad del momento:

1º Hay que crear centros porque las personas con discapacidad pueden ser peligrosos, dañinos, entonces hay que encerrarlos en centros.

2º Las personas con discapacidad son personas indefensas, la sociedad es mala y podrá hacerles daño, lo mejor es encerrarlos.

Al final, tanto una postura como la otra era estas personas deberían estar encerradas, aisladas de los demás

personas.

Se empezaron a crear centros y no fue hasta 1970 cuando se crearon masivamente, pero fuera de las ciudades.

EXPERIENCIAS POSITIVAS:

-> *Pinel* =>tratamiento de definiciones mentales, por primera vez se empieza a crear un método educativo para estas personas.

-> *Esquirol* =>diferencias de trato . Hasta esta época era exactamente igual una persona que tuviera una deficiencia intelectual que una persona psicótica, estaban las dos unidas en la misma acepción.

Esquirol dice que una persona deficiente mental es una persona con unas características distintas a una persona que tiene locura. Él utiliza el término Idiotia, que dio lugar a Idiota, pero se lo cambio por tener connotaciones negativas y al loco se le denominó demente. Decía que el demente era una persona rica arruinada, y el idiota era una persona pobre de nacimiento.

El demente es una persona que nace normal, pero que al cabo de un tiempo le aparece la locura, el brote psicótico, y entonces se vuelve loco, mientras que el idiota nace así.

-> *Itard* =>"el pequeño salvaje de Avignon", se encontró a Váctor, se dan varias teorías sobre él.

-> *Seguin* =>educación de deficientes mentales, profundiza en cómo educar a estas personas.

-> *Desarrollo de métodos fiables de evaluación* (Galton, Binet) =>los famosos test.

- SIGLO XX:

Tres etapas: a) 1900 - 1940

b) 1940/50 - 1970

c) a partir de 1970

a) 1900 - 1940.

La idea que se tenía de la discapacidad es que las discapacidades son innatas, y que además la base era orgánica. Con esta concepción se pensaba que no era modificable y la persona que naciera con alguna discapacidad iba a morir con ella y que no se podía hacer nada por ella.

b) 1940/50 - 1970.

Aparece el conductismo y lo que dice es que los factores ambientales podían crear determinadas conductas.

Entonces el concepto de discapacidad es distinto pues las causas ya no son innatas, sino que también pueden existir discapacidades que pueden ser adquiridas y producidas por factores ambientales. No quiere decir que todas las discapacidades sean de este tipo.

Se siguen creando centros de educación especial pero la diferencia con las instituciones del s. XVIII y del XIX es que éstos tienen un carácter educativo, y además se crean las **aulas de educación especial**, asisten aquellos niños cuya discapacidad no era tan grave como para estar en un centro específico, pero tampoco estaban capacitados para ir a un centro normal.

c) A partir de 1970. Principales tendencias favorecedoras del cambio (Marchesi y Martin 1990).

Concepto distinto de los trastornos del desarrollo y de la deficiencia. La discapacidad no se ve como algo autónomo, sino que va a depender del ambiente en el cual se desenvuelve ese niño, y de la respuesta educativa que se le da.

Se le da mayor importancia a los procesos de aprendizaje y a las dificultades que encuentran los alumnos. No interesa qué proceso hay que utilizar para que los alumnos puedan aprender mejor y ver qué dificultades tiene y facilitar su aprendizaje.

El desarrollo de métodos de evaluación todavía no se ha conseguido plenamente, lo que se cambia son los criterios de evaluación. Mayor número de profesores y profesionales expertos.

Abandono de la educación obligatoria en cuanto a fracaso escolar, ocurre a que había niños que no podían seguir el ritmo de los otros, es mayor en secundaria. Escasos resultados en centros especiales y dificultad de una integración social.

Aumento de experiencias positivas de integración. En España no se había producido todavía la integración escolar, pero en otros países como Escandinavia, Francia... los resultados fueron muy satisfactorios.

Corriente normalizadora, lo que implica es que las personas que tienen discapacidad tienen derecho a hacer una vida normal, en cuanto a escolarización, es que los alumnos, siempre y cuando sea posible, acudan a centros ordinarios.

La mayor sensibilidad social al derecho que tenemos todos a una educación. Esta mayor sensibilidad quienes la empezaron a crear fueron las asociaciones de padres de niños con alguna deficiencia, que lucharon por una educación, creando unidades y luego centros y el Ministerio de Educación se hizo cargo de la educación de estos niños.

A partir de estas tendencias aparece el concepto de alumnos con N.E.E. (fotoc. 1 Warnock). El informe Warnock surgió por un trabajo de cómo se atendía a los niños en Inglaterra.

Un alumno tiene N.E.E. cuando tiene dificultades de aprendizaje y para solucionar esto se necesitan unos recursos educativos especiales.

ANÁLISIS:

A) DIFICULTADES DE APRENDIZAJE: decimos que tiene dificultades de aprendizaje cuando tienen una mayor dificultad de aprender que la mayoría de los niños de su edad, o bien, cuando tiene una discapacidad que le impide utilizar los recursos ordinarios de la escuela.

B) DIFERENCIAS INDIVIDUALES DE APRENDIZAJE: aquella diferencia que se puede solucionar con recursos ordinarios, entonces nosotros no debemos intervenir.

C) RECURSOS EDUCATIVOS ESPECIALES: son aquellos recursos diferentes - adicionales, a los que la escuela normalmente da respuesta. Lo normal es que en la escuela haya un profesor - tutor, recursos de barrera arquitectónicas (rampas, ascensores...).

(fotoc. 2, fig. 2)

¿Qué implicación tiene el alumno con N.E.E.?

- 1.- Es normalizador porque cualquiera de nosotros puede tener en cualquier momento N.E.E.
- 2.- Responsabiliza a la escuela: la escuela tiene que dar respuesta a estos alumnos.
- 3.- Se centra en los problemas de aprendizaje.
- 4.- Reclaman nuevos recursos educativos para la escuela ordinaria.

Características:

El concepto de alumno con N.E.E. es relativo porque depende:

- 1- del nivel de aprendizaje de sus compañeros, se trata de que los grupos sean heterogéneos y que se respete el ritmo del aula.
- 2- depende de los recursos disponibles.
- 3- depende de la política educativa local, del proyecto curricular del centro.
- 4- todo esto no determina previamente el emplazamiento escolar de los niños, es decir, el que nosotros digamos que un alumno tiene que estar escolarizado en un centro ordinario, no quiere decir que ese emplazamiento sea el adecuado y tengamos que trasladar al alumno a un centro especializado... y el caso anterior.
- 5- el concepto de alumno con N.E.E. es interactivo, es decir, la multiplicación del niño por el entorno.

Fotocopia 3.

En estos momentos no hablemos de educación especial, sino que abogamos por decir N.E.E.

- Aumento de experiencias positivas de integración.
- Corriente normalizadora.
- Mayor sensibilidad social al grado que todos tenemos a una educación.

A partir de estas tendencias nace el concepto de alumnos con N.E.: cuando tienen dificultades de aprendizaje y para superarlas se necesitan unos recursos educativos especiales.

Esto es cuando tienen una mayor dificultad para aprender que los niños de su edad, o bien, cuando tienen una discapacidad que le impide utilizar los recursos ordinarios de la escuela.

- Ley Gral. de educación del 70: 1ª ley que plantea que entran todos los alumnos con cualquier deficiencia. Art. 49 y 50.
- Constitución 1978: Art. 14 y 49.
- Ley de integración social minisválido '82 (LISMI): no habla de la integración escolar. Real Decreto.
- Real Decreto '85 ordenación de la Educación Escolar.
- LOGSE: ley de ordenación gral. de los sistemas educativos. Art. 36 y 37.

REAL DECRETO 696/1995 DE ORDENACIÓN DE LOS ACNEE.

- Se recoge por 1ª vez la atención a los superdotados.
- Por 1ª vez se trata de la Educación Secundaria reformada a los A.C.N.E.E.
- Las Adaptaciones Curriculares (A.C.) serán incluidas en el P.C.C.. Se realizarán por parte del tutor con el asesoramiento de los equipos.
- Los equipos de orientación se diversificarán:
- ATENCIÓN TEMPRANA
- GENERALES
- ESPECÍFICAS.

TEMA 2: INTEGRACIÓN ESCOLAR

1.- PRINCIPIO DE NORMALIZACIÓN.

BANK-MIKKELSEN: pionero del principio de normalización realizó un trabajo comparativo de cómo vivían las personas "normales" y las que tenían discapacidades y que vivían en instituciones. Comprobó haber una gran diferencia entre ambos.

A partir de ese estudio se empezó a hablar de principio normalizador, éste implica que las personas que tienen algún tipo de discapacidad tienen derecho a hacer una vida lo más parecida posible a la normal, tanto si vive en una institución como si está fuera de ella (según B-M)

NIRJE analizó más detenidamente el principio de normalización:

1.- lo 1º que dice es en relación al ritmo y tipo de actividad semanales, diarias y anuales. Cualquiera tiene derecho a una serie de actividades.

2.- en relación a las experiencias características de cada etapa evolutiva.

3.- en relación a su intimidad y a sus derechos constitucionales:

Tienen derecho a expresar sus aspiraciones, intereses y a que se les respeten sus bienes personales.

4.- en cuanto a las relaciones afectuosas y sexuales tienen derecho a mantener relaciones afectivas y tienen derecho a tener relaciones sexuales.

5.- en relación a los recursos económicos:

Tienen derecho a un trabajo y a unos ingresos económicos iguales a los del resto de personas sin discapacidades.

Ideas equivocadas sobre el principio, según los segregacionistas:

1.- la normalización significa normalidad, hacer que las personas discapacitadas sean normales.

2.- principio de normalización obedece a la ley del todo o del nada; o se puede llevar una vida totalmente

normal (ley del todo) o no se puede (ley de la nada). Cualquier persona sin discapacidad tampoco puede hacer una vida totalmente normal.

3.- la normalización es un principio humanista pero totalmente utópico y que es inviable.

2.- PRINCIPIO DE SECTORIZACIÓN.

Consiste en descentralizar los servicios y acercarlos a donde están las personas que lo necesiten.

- Integración escolar.

La asistencia de alumnos con N.E.E. a centros ordinarios y recibiendo la respuesta educativa que necesitan.

*** Premisas ante la integración:**

1.- Integración es un proceso difícil y complejo porque depende del niño, familia y centro educativo.

- niño porque hay niños que por sus características (nivel de discapacidad) no son susceptibles de la integración.

- familia porque si la familia no está de acuerdo con la integración prefieren llevar al niño a un centro especial.

- centro porque si el centro no ofrece los recursos que el alumno necesita no se le puede integrar.

2.- Existen distintas situaciones de integración. Lo ideal es que el alumno esté, las 5 horas lectivas, con el resto de sus compañeros en el aula.

p.ej.

3.- La ubicación de un niño en un ambiente determinado no es para siempre (la escolarización en un centro específico no tiene que ser permanente, dependerá de la evolución del niño).

4.- El proceso de integración se inicia con la valoración e identificación de las N.E.E.. Se valora cuál es el nivel de competencia curricular (qué es lo que sabe o puede hacer por sí solo).

5.- No supone la ubicación física. Afortunadamente, cada vez se ve menos que se diga que los niños están integrados, cuando en realidad están en un sitio junto con los demás niños sin darle ningún tipo de respuesta educativa.

*** Condiciones para la integración escolar.**

a) integración del niño en la familia:

La familia ante el diagnóstico:

1ª Fase:

A) el shock abrumador

B) la negación: niegan que su hijo tenga una discapacidad y tienen la esperanza de que otro médico, distinto al habitual, les diga que eso no es así. Esta situación no se debe prolongar demasiado.

C) el dolor y la depresi3n. No hay que permitir que esto se prolongue.

2ª Fase:

A) amor o rabia: los padres que pasan por la fase de amor est3n m3s cerca de la integraci3n. Los que pasan por la rabia proyectan esa rabia en los que rodean al ni3o (profesores, m3dicos...)

B) sentido de culpa: ¿qu3 habr3 hecho yo para que me pase a m3- esto?, cuando las relaciones en la pareja son buenas, este sentimiento se supera pronto.

C) verg3enza: hasta hace poco este sentimiento era tan grande que cuando hab3a alg3n discapacitado en la familia, los vecinos ni siquiera lo llegaban a saber.

3ª Fase:

A) adaptaci3n y reorganizaci3n temprana: el ni3o necesita que en cuanto se le diagnostique la discapacidad se le trate, y esto provoca una desorganizaci3n en la familia.

B) aceptaci3n: al llegar a este punto se puede empezar a hablar de integraci3n escolar.

b) programas adecuados de atenci3n temprana y educaci3n infantil. Fundamentalmente en las asociaciones de padres y en el INSERSO. Se recomienda en cualquier centro ordinario de educaci3n.

c) apoyo de la familia a la integraci3n. Si la familia no est3 de acuerdo, la integraci3n ser3 imposible, ya que se requiere la colaboraci3n de los padres de una forma mayor que con ni3os normales.

d) creaci3n de ayudas econ3micas. Para ni3os con problemas de tipo sensorial, mot3rico. En este aspecto se ha retrocedido, ya que ahora no se paga a los padres lo que su hijo necesita, sino que ellos tienen que comprarlo y despu3s solicitar que les sea reembolsado un tanto por ciento.

e) cambio y renovaci3n de la educaci3n tradicional. Cambiar criterios de evaluaci3n, modelo de ense3anza...

f) reducci3n de la proporci3n profesor/alumno. Por cada 25 alumnos en clase s3lo puede haber 2 con N.E.E. ya que si se aumenta el n3mero ser3a perjudicial.

g) dise3o curricular abierto y flexible. Se debe adaptar a las caracter3sticas y necesidades de cada alumno.

h) supresi3n de barreras arquitect3nicas. Hay la obligaci3n y derecho de exigir que si no hay rampas, ascensores, las clases se trasladen a un sitio accesible.

p3g.

i) dotar a los centros de recursos humanos, materiales y did3cticos.

j) formaci3n y perfeccionamiento del profesorado. Trabajo en equipo.

k) actitud favorable a la integraci3n por parte del profesorado. Es imprescindible que esto se cumpla, ya que sino es as3-, por muchos medios que se tengan, el ni3o no se va a integrar.

3.- FORMAS DE INTEGRACI3N (SODER - GRADUALES).

1.- INTEGRACIÓN FÍSICA: centros de E.E. construidos junto a centros ordinarios. Su finalidad es la de aprovechar los recursos de ambos centros.

2.- INTEGRACIÓN FUNCIONAL:

A) utilización de los mismos recursos en momentos diferentes. Ej.: un gimnasio común para ambos centros que se utilizará por turnos.

B) utilización simultánea de los recursos por parte de los 2 grupos (autocares...).

C) utilización de algunas instalaciones comunes simultáneamente y con objetivos educativos comunes.

3.- INTEGRACIÓN SOCIAL: inclusión de 1 alumno con HÁNDICAP en un grupo o clase ordinaria (I. escolar).

4.- INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD: continuación de la integración escolar.

4.- VENTAJAS DE LA INTEGRACIÓN.

- Para niños/as con N.E.E., en los 1.ºs años, y al ser el aprendizaje fundamentalmente por imitación, supone una gran mejora en lenguaje, relaciones sociales...

- Para "alumnos/as normales", la presencia de los profesores de apoyo ayuda a que no haya diferencias en la clase e incluso ayudar a disminuir los problemas individuales.

- Para el profesorado:

- E.Especial: en centros específicos se tiende a perder la noción de lo que es "normal" y se sumerge en lo que se la deficiencia casi totalmente.

- El profesor/tutor: aprenderá estrategias educativas de E.E. que beneficiarán al resto de los alumnos.

- Para la escuela, es una mejora y enriquecimiento del nivel de recursos humanos, materiales...

- Para los padres de alumnos, aprenderá a reaccionar ante los diferentes problemas.

- Para la sociedad, tolerancia, comprensión....

5.- OBJECIONES A LA INTEGRACIÓN ESPECIAL.

1- "El niño/a con déficit físico o mental se encuentra más agusto, mejor integrado entre sus iguales que no entre los "normales", además se teme la burla". No es cierto, en general a los niños les gusta estar con los demás niños de su alrededor (vecinos, primos, hermanos...). Hay que evitar comentarios, imitaciones, la sobreprotección.

2- "El niño/a con Hándicap no aprende en la escuela ordinaria y dificulta el aprendizaje a los compañeros"

3- "Los padres de los niños/as "normales" no quieren que sus hijos estudien con alumnos con déficit". Los alumnos con déficit tienen derecho a ir a cualquier centro ordinario y no se puede negar que asistan a clase ya que no retrasan ni estorban a los demás niños.

página.

6.- CONCLUSIONES DE LA EXPERIENCIA INTEGRADORA (EN ESPAÑA). LINEAMIENTOS GENERALES.

A partir de 1985 se intentó esta experiencia, se presentó un proyecto al MEC por colegios que querían realizar esta experiencia (centros de integración). Al valorar esta experiencia se vio que era positiva y se tendió a generalizar esta experiencia.

- 1- Integración a cargo del profesor/tutor y profesor de apoyo, no claustro. Sólo se implicaron aquellos profesores que tenían alumnos discapacitados en sus aulas. Esta tendencia está cambiando.
- 2- Incidencia positiva en el plan decentro. Ya los centros se planteaban ir adaptando las infraestructuras.
- 3- La integración ha repercutido favorablemente en todos los alumnos.
- 4- La integración NO ha supuesto discriminación de los niveles académicos de los centros.
- 5- Los alumnos con N.E.E. han revolucionado (área social y lenguaje).
- 6- Prácticamente la totalidad del alumnado con N.E.E. han sido bien aceptados por el resto de compañeros.
- 7- Los recursos humanos deberían completarse (cuidadores, educadores, logopedas, fisioterapeutas...).
- 8- En algunas unidades la proporción profesor/alumno no era la adecuada (debe ser 25 y 2 con N.E.E. por profesor).
- 9- La aceptación de los padres es buena.

TEMA 3: ALUMNOS CON N.E.E. EN LA ESCUELA ORDINARIA Y EL APOYO A LA INTEGRACIÓN

Lo primero que hay que hacer es identificar si un alumno tiene o no N.E.E.. Dentro de la escuela hay que realizar esta identificación generalmente, en 1er lugar ante determinados signos de alerta, (el profesor tutor ve que el alumno no se integra bien, o que el alumno tenga informes previos de tipo médico o psicopedagógicos)

Esta identificación se hace:

- 1.- A través de la observación natural del alumno en el entorno de la clase.
- 2.- Si por mucho que se observe no se sabe qué es lo que le pasa hay que recurrir a valoraciones psicopedagógicas.

Esta identificación le corresponde en 1er lugar el profesor/tutor, sólo observar sus dificultades y va a intentar ponerle soluciones, si responde no tiene que acudir a nadie más; en 2º lugar los profesores de apoyo (nosotros) cuando el tutor no haya podido o sabido solucionar la dificultad, se observa el alumno y se le comunica al tutor qué es lo que debe hacer. Si no se consigue lo esperado en 3er lugar deben intervenir los equipos de orientación educativa y psicopedagógica (equipos multidisciplinares, psicopedagógicos) con trabajadores sociales, logopedas, psicólogos, psicopedagogos más especializados.

1.- EVALUACIÓN INICIAL DEL ALUMNO.

1.- Información sobre la historia personal del alumno:

a) informe del equipo

b) extracto de la información más relevante del alumno.

- información sobre la escolarización anterior (en qué centro, curso...)
- historia personal, clínica o educativa.
- provisión de servicios (médicos, psicológicos o pedagógicos, si los ha tenido o tiene ahora).

2.- Nivel de competencia curricular (qué sabe hacer).

3.- Estilo de aprendizaje y motivación para aprender (si trabaja mejor con supervisión, solo, en grupo, y si está interesado en aprender y qué tipo de refuerzos hay que darles)

4.- Contexto escolar y familiar (escolar: aspectos del centro, del aula que observemos que favorecen el aprendizaje y los que lo dificulten; familiar: hay que recoger datos sobre qué aspectos le favorecen, con qué se lleva mejor, si los padres colaboran, qué es lo que dificulta el avance del niño...)

5.- Necesidades educativas especiales. Tras todas esas investigaciones ya se puede decir qué tipo de necesidad tiene y dónde hay que escolarizarlo.

2.- MODALIDADES DE APOYO.

1.- MODALIDADES DE CURRÍCULO.

1.1.- Currículo general (N.E.E. insignificantes, apenas se va a dar ese caso).

1.2.- Currículo con alguna modificación (N.E.E. leves)

- algún objetivo
- alguna metodología

(alumnos ciegos, alumnos con problemas de lenguaje oral) generalmente son transitorias.

1.3.- Currículo general con modificaciones significativas (N.E.E. importantes). Parte del currículo-horario (solo están con sus compañeros unas horas determinadas dentro del aula, el resto del tiempo tendrán otro horario y currículo adaptado).

p.ej.

1.4.- Currículo especial con adiciones, centrado en:

- N.E.E. graves, en aulas específicas
- materias básicas, es lo que se pretende trabajar
- menos las otras materias.

1.5.- Currículo especial, en los centros especiales:

- destrezas sociales (cómo relacionarse)
- autonomía personal (llamar por teléfono, coger el autobús...)
- en lo posible, materias instrumentales (leer, escribir, iconos...)

3.- ORGANIZACIÓN DEL APOYO AL ALUMNO CON NEE.

- 1º hay que hacer una programación por escrito de ese alumno con NEE. Esto tienen que realizarlo todos los profesionales que intervengan a nivel educativo con él (profesor/tutor, profesor apoyo, dependiendo de la NEE logopedas...)
- 2º lugar hay que tener en cuenta el tiempo que el alumno pasa fuera del aula, con el fin de coordinarse (logopedas, prof. apoyo) con el prof./tutor; esto es necesario porque de esta forma si lo que necesita es logopedia, el alumno saldrá en la clase de lengua...
- 3º hay que tener en cuenta el tipo de necesidad, si es transitoria o permanente, porque habrá casos de necesidades de tipo transitorio que haya que sacarlos del aula mucho tiempo para resolver el problema cuanto antes; ej.: un niño ciego que necesita aprender Braille, en lugar de sacarlo 1 hora, lo sacamos 3 para que cuanto antes aprenda a leer y escribir.
- 4º la evaluación del alumno ha de realizarse por las mismas personas que realizaron la programación. Los tipos de apoyo que se realizan, dependiendo del tipo de necesidad:
- Refuerzo pedagógico previo a la explicación del tema al grupo/clase (sordos y alumnos con dificultades moderadas de aprendizaje), esto corresponde al prof. de apoyo antes de que el prof./tutor lo explique al resto de la clase
- Refuerzo pedagógico simultáneo dentro del aula (tareas prácticas o ejercicios colectivos), este consiste en que el prof. apoyo entra en el aula con el resto de los niños, así no lo ven como algo extraño, favoreciendo la colaboración de todos.
- Refuerzo pedagógico posterior (visuales, motores, dificultades aprendizaje leves...), el prof. apoyo posteriormente se reúne con el niño una vez que el prof./tutor ya le ha explicado el tema. Esto será sin ánimo de las clases particulares. Para realizar este tipo de apoyo hay que tener en conocer muy bien al niño, porque hay niños en los que se produce un efecto rebote, es decir, el niño no trabaja en la clase porque sabe que después se lo van a volver a explicar. No hay que hacer esto, sino averiguar qué es lo que no comprende y explicarle eso solamente
- Refuerzo pedagógico previo y posterior (sordos más graves que no han sido escolarizados a tiempo, dificultades de aprendizaje severas)
- Refuerzo pedagógico mixto (centros especiales). No interviene más que el prof. apoyo y todos aquellos servicios especiales que el niño necesite.

Fig.

4.- FUNCIONES DEL PROFESOR APOYO.

5.- OTROS PROFESORES APOYO.

- **LOGOPEDA:** especialista en perturbaciones de audición y lenguaje, en general.

*Funciones en un centro ordinario:

- Detección problemas comunicativos.
- Estrategias intervención en la reeducación.
- Adaptaciones curriculares (intervención).
- Técnicas comunicación no verbal (signos, pictográficos...).

*Intervienen en:

- Unidades de audición y lenguaje (centro ordinario).
- Gabinetes de logopedia -> para la reeducación de problemas puntuales de lenguaje que tenga el niño.

- **FISIOTERAPEUTA:** (en un centro de apoyo a la integración) especialista en rehabilitación física.

*Funciones:

- Orientar a los maestros sobre las posturas más convenientes.
- Ayudar a una mejor utilización de las posibilidades motoras (para parálisis cerebrales con el sistema motor gravemente afectado)

p.ej.

- **CUIDADOR:** (centro de integración)

*Funciones:

- Cuidado y aseo del cuerpo.
- Participación en actividades sociales colectivas.
- Independencia personal, siempre y cuando sea posible.

- **ORIENTADOR:** licenciados en psicología o psicopedagogía.

*Funciones:

- Actuar con el ACNEE (en coordinación con el prof. apoyo), se recomienda que también intervenga con el resto de los alumnos.
- Actuar con todos los alumnos que necesitan adquirir habilidades de estudio.
- Padres-> orientarles sobre qué deben hacer antes de que la situación se vuelva conflictiva.
- Prof.-> evaluar el comportamiento y el proceso de enseñanza-aprendizaje, y si los resultados no son buenos hacer una propuesta de mejora.

- EQUIPOS PSICOPEDAGÓGICOS (DE SECTOR) O EQUIPOS ORIENTACIÓN EDUCATIVA Y PSICOPEDAGÓGICA (EOEP): formados por psicólogos, pedagogos, formadores sociales.

* Funciones:

- Actuación con ACNEE.

- Todas aquellas que no hayan podido resolver los prof. apoyo (identificar, valorar, participar en adaptaciones curriculares, seguimiento del alumno y todas las propuestas de mejora que se puedan ir realizando).

pág.

TEMA 4: ADAPTACIONES CURRICULARES.

1.- DEFINICIÓN.

Cualquier ajuste o modificación que se realiza en los diferentes elementos de la oferta educativa con el fin para dar respuesta a los ACNEE. (por ella tienen que pasar todos los ACNEE)

2.- NIVELES DE ADAPTACIÓN.

1- A nivel del centro (colocar rampas, ascensores, solicitar logopedas...)

2- A nivel del aula- cualquier ajuste realizado dentro del aula (colocación de alumnos, si no hay ascensor colocarlos en la planta baja)

3- A nivel individual - cualquier ajuste realizado a 1 alumno en concreto.

3.- INFORMACIONES RELEVANTES.

(INFORMACIÓN SOBRE EL ALUMNO)

A.- Aspectos sobre su desarrollo.

B - Información relativa al entorno.

A.1.- Aspectos sobre su desarrollo:

Â• 1- Aspectos biológicos (físicos, neurológicos, sensoriales, de salud...)

Â• 2- Aspectos intelectuales (percepción: arriba, abajo, dentro, fuera, izda, dcha; procesamiento de la información; atención; memoria...)

Â• 3- Aspectos del desarrollo motor (posibilidades del desplazamiento, cambio postural, capacidad manipulativa...)

Â• 4- Aspectos comunicativos-lingüísticos (conocer competencia lingüística en los distintos niveles en que se estructura el lenguaje, y en otros lenguajes o sistemas de comunicación)

Â• 5- Aspectos emocionales (grado de autoestima, seguridad en sí mismo)

Â• 6- Aspectos de adaptación e inserción social (si está bien adaptado a la clase, si se relaciona bien...)

A.2.- Nivel de competencia curricular (N.C.C.): determina lo que es capaz de hacer en relación a los objetivos contenidos en las diversas Áreas del currículo ordinario.

Â Finalidades:

Â Escolarizar un alumno con N.E.E.

Â Situar el alumno en relación con la propuesta curricular del centro.

Â Tomar medidas sobre la decisión de adaptación curricular.

Â Proceso a seguir:

Â Determinar las Áreas curriculares sobre las que es preciso realizar una evaluación en profundidad.

Â Tener en cuenta la situación de partida del niño (no es lo mismo un alumno que ya haya estado escolarizado que otro que sea la 1ª vez).

Â Tener en cuenta el momento en el que se realiza la evaluación del N.C.C.

pág.

A.3.- Estilos de aprendizaje y motivación para aprender: conjunto de aspectos que conforman la manera de aprender de un alumno ¿qué se debe saber?

Â en qué condiciones fisicambientales (desorden, luz, ubicación dentro del aula) trabajan con mayor comodidad.

Â cuáles son sus respuestas y sus preferencias ante distintos agrupamientos (gran grupo, pequeño...)

Â en qué Áreas, con qué contenidos y en qué tipo de actividades está más interesado, se siente más cómodo, tiene más seguridad...

Â cuál es su nivel de atención

Â qué tipos de refuerzos le resultan más positivos, a qué tipo de refuerzo responde, si valora su propio esfuerzo y si se siente satisfecho ante su trabajo

Â motivación para aprender: qué tipo de tareas le interesan, dificultad...

B.1.- Contexto escolar:

1.- próximo: aula.

Â adecuación de la programación a las características del alumno

Â aspectos interactivos en relación con el alumno (de entrada le corresponde al tutor: las relaciones que tienen los alumnos con los N.E.E., y en cuanto al de apoyo: qué relación tiene el tutor con los alumnos y con los N.E.E.)

2.- amplio: centro.

• cooperaci3n y confianza mutua-> muy importante tutor<->apoyo

• no a la cr3tica o descalificaci3n-> de unos contra otros.

B.2.- Contexto familiar:

• alumno: grado de autonom3a, h3bitos de higiene, medio de comunicaci3n, interacciones, aficiones y preferencias

• la familia: actitudes y expectativas.

• conocimiento del d3ficit

• actitud hacia el centro

• grado de colaboraci3n

4.- DECISIONES SOBRE LAS ADAPTACIONES CURRICULARES.

4.1.- ADAPTACI3N DE ACCESO AL CURR3CULO.

Son modificaciones o provisi3n de recursos espaciales, materiales o de comunicaci3n que van a facilitar que los alumnos puedan desarrollar el C.O. 3 el C.A. (curr. adap.). Ej.:

• Ubicar al alumno en el lugar del aula que compense sus dificultades.

• Proporcionar el mobiliario espec3fico que precise.

• Proporcionar los equipamientos y recursos espec3ficos (m3quina wraille, amplificador sonido...).

• Incorporar ayudas espec3ficas para utilizar los materiales del aula (sujeta-l3pices...).

• Adaptar los materiales escritos de uso com3n en el aula.

• Facilitar el sistema de comunicaci3n m3s adecuado para compensar las dificultades.

4.2.- ADAPTACIONES CURRICULARES.

Conjunto de modificaciones que se realizan en los objetivos, contenidos, criterios y procedimientos de evaluaci3n, actividades y metodolog3a para atender las diferencias individuales.

p3g.

4.2.1.- ADAPTACIONES EN EL C3MO ENSE3AR Y EVALUAR.

• Situar al alumno en los grupos en que mejor pueda trabajar.

• Introducir m3todos y t3cnicas de ense3anza-aprendizaje espec3ficos.

• Utilizar t3cnicas, procedimientos e instrumentos de evaluaci3n distinta a los del grupo de referencia.

4.2.2.- ADAPTACIONES EN EL QU3 Y CU3NDO ENSE3AR Y EVALUAR.

• Adecuar objetivos, contenidos y criterios de evaluación (a la medida de necesidades que presente el alumno, ej.: se exige contar hasta 100 y el alumno no puede contar más de 10, si no lo va a conseguir hay que adecuar lo que tiene que aprender a sus posibilidades).

• Priorizar objetivos, contenidos y criterios de evaluación.

• Cambiar la temporalización (darle más tiempo).

• Introducir contenidos, criterios y objetivos de evaluación.

• Eliminar objetivos, contenidos y criterios de evaluación.

p.ej.

TEMA 5: LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE.

1.- EL NIÑO O CON TRASTORNOS DE APRENDIZAJE PRESENTA:

- Discrepancia notable entre lo que es capaz de hacer y lo que realmente hace.
- Pauta desigual en las alteraciones de los procesos de aprendizaje ¿por qué se pueden producir?:
 - a) pérdida de dicho proceso básico ya establecido (un traumatismo craneo-encefálico)
 - b) inhibición en el desarrollo de tal proceso
 - c) interferencia con la función de ese proceso.
- No debidos al retraso mental. Algunos excluyen pobreza ambiental (según algunos autores).

2.- EXPLICACIONES SOBRE LAS DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE.

A - DE ORIGEN ORGÁNICO.

A.1.- Trastornos debidos al mal funcionamiento de las glándulas endocrinas:

- a) HIPOTIROIDISMO: los niños presentan una alteración a nivel intelectual (no rinden), tienen un lenguaje lento y suelen tener un estado letárgico.
- b) HIPERTIROIDISMO: todo lo opuesto, niños muy excitables, nerviosos, inestables emocionalmente, duermen mal (problemas de insomnio), pérdida de peso.

¿Qué hacer? Nuestra intervención directa no existe, hay que ponerse en contacto con los padres para que lo lleven al médico y que les pongan un tratamiento. Al regularles el tiroides desaparecen los problemas de aprendizaje.

A.2.- Alteraciones en el S.N.C.:

Niños que no procesan bien la información (no niños con parálisis cerebral), el niño que se distrae, se evade y no va bien escolarmente. El diagnóstico más común serían disfunciones cerebrales las mismas, el problema es que esto se intuye y no se puede decir dónde se encuentra realmente. Este es el diagnóstico más fácil, no funciona bien pero no se sabe por qué. Se ha encontrado en los estudios que estos niños,

en un tanto % alto son niños que han tenido **anoxias** benignas (nacen morados y al poco rato de darles palmadas respiran). Tienen un tratamiento de tipo farmacológico, no evolucionan en todos los casos y continúan mostrando dificultades de aprendizaje.

A.3.- Debilidad física en general:

a) FALTA DE NUTRICIÓN: con estudios, se ha visto que, suelen tener problemas de atención, son niños que se distraen mucho, suelen tener cansancio y también presentan evasión (idos dentro de la clase). No es sólo cuando hay carencias generales de nutrición, sino también cuando son parciales, faltas de vitaminas, de yodo y hierro. Lo que se está haciendo es poner comedores. Nosotros lo que podemos hacer en problemas de nutrición parcial, es informar a los padres sobre qué deben comer sus hijos.

b) FALTA DE REPOSO: las características que presentan son muy parecidas a las de la mal nutrición, niños que se caen, se cansan, que se duermen en clase. Se puede informar a los padres de que deben dormir entre 9 y 10 horas para que puedan rendir.

c) ENFERMEDADES CRÓNICAS: niños que desde casi principio de curso tiene que estar hospitalizados por largos periodos. Se han establecido conciertos, entre el MEC y el de Medicina para que haya profesores de apoyo en los hospitales, que dan clase a los niños mientras están hospitalizados, el problema está en que no hay mucho tiempo ni personal para paliar del todo este problema.

B.- EXPLICACIONES PSICÓGENAS (tipo psicológico).

B.1.- Deficiencia intelectual (límites o fronteras, borderline):

No son normales a nivel intelectual, pero tampoco son deficientes mentales. Tienen un pequeño retraso que se manifiesta en que necesitan clases particulares y no sacan notas altas.

p.ej.

B.2.- Trastornos de personalidad:

a) NEURÓTICOS (fobia escolar): **neurosis** se producen normalmente por la acumulación de conflictos que crean mal estar, angustia... Hay que acostumbrar a los niños a que se enfrenten a los problemas. **Fobia escolar** se puede tratar con el método de la *modificación de conducta* (lo veremos más adelante).

b) PSICÓTICOS: **psicosis**, el tratamiento que tienen es farmacológico, pero no existe una curación total. En esta enfermedad hay un comportamiento orgánico, genético y puede manifestarse en cualquier momento. Normalmente en la familia suelen hallarse antecedentes. La más corriente es la *esquizofrénica* (con delirios y alucinaciones).

B.3.- Trastornos efectivos - emocionales:

a) FAMILIAR: causas de celotisia, celos de algún familiar por separación de los padres.

b) ESCOLAR: cambios de profesor, niños habituados a un profesor y que al cambiar no se adaptan, también cuando hay un rechazo por parte de los compañeros. Los rasgos que suelen presentar estos niños es una baja estimación de sus propias posibilidades, niños apocados, tímidos y con poca iniciativa. Otras reacciones pueden ser: pretensiones muy fantasiosas superiores a sus posibilidades, niños con comportamientos agresivos y que hacen muchos desplantes.

C.- EXPLICACIONES AMBIENTALES.

C.1.- Privaci3n de experiencia sensorial temprana (Spitz-teor3a evoluci3n):

Ni±os que en tenido una carencia desde muy peque±os, tiene problemas de personalidad. En ni±os adoptados con edades avanzadas tambi3n pueden tenerlos.

C.2.- Ausencias de experiencias de aprendizaje verbal:

Teor3a de Berstein. (visto en Desa. Hab. Ling.)

D.- EXPLICACIONES INSTITUCIONALES.

D.1.- Deficiencias en las condiciones materiales de la ense±anza:

- Excesivo n3mero de alumnos.
- Distribuci3n inadecuada del espacio f3sico.
- Falta de material adecuado.

D.2.- Incorrecto planteamiento del sistema educativo:

- Relaci3n profesor-alumno inadecuada.
- Sistemas y t3cnicas de motivaci3n impropios.

p3g.

3.- TIPOS DE DEFICIENCIAS EN EL APRENDIZAJE.

3.1.- DISFUNCI3N DE LA ATENCI3N.

La atenci3n es la encargada de extraer los elementos m3s importantes de la actividad mental a realizar.

a) EXCESO: una determinada imagen o est3mulo domina de una manera anormal en el campo de la conciencia, de tal manera, que se produce una fijaci3n y es muy dif3cil pasarse a otra actividad. Si en lo que se fija la atenci3n es positivo, pasar3 el efecto antes que si es negativo.

b) DEFECTO:

- *inatenci3n*: incapacidad para concentrarse en una tarea, sea la que sea. Se puede producir porque sea:
- *idiop3tica*: que no se sabe la causa (se encuentran menos casos que de la siguiente).
- *fatiga*: cansancio...
- *distracci3n*: la incapacidad para apartar de la mente est3mulos extra±os, superfluos. El ni±o que se siente atra3do por todo.

3.2.- DISFUNCI3N DE LA PERCEPCI3N.

Es la encargada de identificar, de discriminar y organizar las sensaciones. Los problemas m3s comunes:

• percepci3n de formas: no sabe diferenciarlas diferentes formas, el ni±o suele confundir aquellas letras, palabras... que puedan ser parecidas (P, F, casa, caza). Suelen tener problemas en la lectura y escritura y, como consecuencia, dificultades de aprendizaje.

• percepci3n espacial: no saben situar los est±mulo dentro del espacio (izda., dcha., arriba, dentro...; escritura en espejo sobre todo en educ. infantil, si al entrar en primaria no tienen esto claro presentar±n dificultades de aprendizaje).

• complementaci3n visual: incapacidad para percibir una forma a partir de un indicio o de un et±mulo de esa forma. Cuando el ni±o es peque±o hay que darle un mayor n° de est±mulo para que llegue al concepto. Esto afecta principalmente a la lectura, no podemos hablar de este problema en ni±os de 5 a 6 a±os, porque es normal, ya que a±n no han aprendido totalmente.

3.3.- DEFICIENCIAS DEBIDAS A TRASTORNOS EMOTIVOS.

• ANSIEDAD (NEUROSIS)

• INESTABILIDAD EMOCIONAL.

3.4.- PROBLEMAS O TRASTORNOS DEL LENGUAJE.

Cl±nicamente son cualquier alteraci3n de la voz, de la palabra o del lenguaje que por su importancia requieren un tratamiento logopédico. Desde el punto de vista educativo, se habla de ello cuando hay un desajuste con respecto a los mismos (en cuanto a edad). Esto a partir del fin de la etapa de adquisici3n del lenguaje.

p±g.

4.- PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA COMUNICACI3N, HABLA Y LENGUAJE.

A.-

• graves de comunicaci3n: afecta sobre todo a ni±os con autismo.

• mutismo selectivo: es un problema de comunicaci3n muy poco frecuente, consiste en una ausencia total y persistente del lenguaje ante determinadas personas y circunstancias, en ni±os que ya han adquirido el lenguaje y lo utilizan correctamente, ej.: un ni±o que no habla con nadie, o con los profesores, y fuera de la escuela habla correctamente, (tambi±n se puede producir al contrario), se puede producir por un trastorno psicológico a nivel comunicativo.

B.-

• dislalias: son trastornos del habla caracterizado por la incapacidad de articular un fonema o grupo de fonemas (r, l, k...). Existen 2 tipos:

• orgánicas

• no orgánicas: cuando no articula pero no hay ninguna base orgánica que se lo impida. Hay 3 tipos:

• evolutiva: corresponde con una fase del desarrollo del lenguaje infantil, como consecuencia, no se toma como patológica hasta los 5 a±os. Decir a los padres que no digan por ej. "Mira cómo habla el ni±o".

- *funcional*: niños de 6, 7, 8 o más años que son incapaces de articular uno o varios fonemas.
- Se puede dar por escasa habilidad motora de los órganos articulatorios (lengua perezosa, le cuesta mover la lengua en determinadas posiciones al hablar).
- Otra causa puede ser la inhabilidad labial (les cuesta mover los labios) tienen un pronóstico bueno y en 6 meses con el logopeda se corrige con ejercicios ante un espejo moviendo los labios y la lengua.
- Otra causa puede ser por problemas de tipo psicológico, regresiones (por celos, nace un nuevo hermano y vuelve a hablar como si fuera más pequeño); dentro de los factores psicológicos están la sobreprotección. También se han encontrado casos en niños que parece que no tuvieron la necesidad de expresarse quedándose estancados en una etapa del lenguaje.
- Otro grupo de causas serían las hereditarias no genéticas, padres o madres con dislalia, a los hijos es probable que les ocurra también.
- *audiológica*: (hay dudas sobre a qué grupo corresponden ya que se puede producir en ambos casos) si el niño no oye bien tampoco hablará bien (dependiendo de la causa de que no oiga sea orgánica o no pertenecerá a uno u otro grupo).

pág.

pág.

TEMA 6: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA.

1.- DEFINICIÓN.

Aquellas que el profesor y los compañeros las consideran problemáticas porque no las aceptan. No son aceptadas por ser consideradas perjudiciales para el niño personalmente y para sus intereses educativos.

Para que una conducta se considere trastorno tiene que **ser inadecuada e inaceptable**.

Las conductas adecuadas serán las que son propias y aceptables en una situación determinada.

Las inadecuadas serán las que no son propias ni aceptables en una situación determinada pero que se pueden pasar por alto. Ej.: bostezar en clase, comer chicle...

Las inaceptables serán aquellas que perjudican al niño y a veces a los que le rodean.

2.- HIPERACTIVIDAD.

- CARACTERÍSTICAS (VALLET, 1980, MIRANDA Y STA. MARÍA A 1986)

• Act. motora excesiva: el niño hiperactivo raramente está quieto, sentado o jugando, generalmente está continuamente moviéndose, saltando, tropezando con todo. El movimiento no tiene finalidad alguna y además es cuando menos debiera.

• Déficit de atención: es la más importante y sobresaliente.

Desarrollo de la atención en niños normales:

- 0-2 años: no existe ningún tipo de control voluntario de la atención y está dominada por estímulos externos.
- 2-5 años (preescolar): sí existe control voluntario de la atención y ya puede seleccionar y atender a determinados aspectos, pero todavía va a estar dirigida a estímulos más centrales y sobresalientes.
- 5-> años (escolar): claro control voluntario de la atención, lo más importante es que el niño es capaz de elaborar una serie de estrategias que le van a permitir seleccionar aquellos estímulos a los que tiene que prestar atención.

Los hiperactivos no llegan a la 3ª etapa. Se empieza a manifestar en la preescolar.

• Impulsividad: el niño actúa de acuerdo con el estímulo del momento sin pensar en las consecuencias de sus actos.

• Variabilidad de las respuestas: el niño hiperactivo puede pasar de no tener ningún tipo de problemas a tenerlos todos los imaginables en una actividad determinada.

• Elevada reacción emocional: son niños que tienen una baja tolerancia a la frustración (rabieta, patateos...)

• Deficiente coordinación viso-motora: tienen problemas a la hora de escribir, calcar, dibujar, además son niños que tienen un equilibrio escaso y también torpes en el juego.

• Baja autoestima: tienen un concepto de sí mismos muy bajo y negativo por que la percepción que tienen de los demás es totalmente negativa ya que nadie los aguanta.

• Dificultades escolares:

- dificultades aritméticas
- deficiente nivel de lectura
- dificultades en procesos de memoria
- tendencia al fracaso

• Síntomas aparezcan en 1ª infancia.

P.ej.

• Existe una generalización de la conducta hiperactiva: para que un niño sea considerado hiperactivo tiene que mostrar esas conductas en cualquier situación de su vida diaria.

• En el período escolar se siguen mostrando estas características y además se empieza a ver afectada la autoestima.

• En la adolescencia se repiten todas las características y es cuando la autoestima está muy baja.

- CAUSAS (NO ESTÁN MUY CLARAS):

A) TIPO NEUROLÓGICO:

- por disfunciones cerebrales, parece ser que se producen una serie de desórdenes bioquímicos que afectan al SNC
- hay estudios que hablan que cuando se produce una carencia de proteínas en períodos críticos del crecimiento en los primeros años de vida puede dar lugar a alteraciones neurológicas y como consecuencia trastornos hiperactivos.
- otro estudio muestra que cuando hay una carencia crónica de vitaminas (B3, B6 y C) puede dar lugar también a trastornos neurológicos y como consecuencia hiperactivos

B) TIPO AMBIENTALES:

- cuando el ambiente en el que se desenvuelve es perturbador.
- cuando existen problemas crónicos en la pareja de padres.

C) TIPO PSICOPEDAGÓGICAS:

- cuando los maestros son personas tensas, con mucha ansiedad, o bien también son personas con trastornos mentales.
- cuando en una clase hay falta de control, maestros que dejan hacer a sus alumnos lo que quieran.
- cuando los modelos y la enseñanza que se utiliza no es adecuada.

3.- IMPLICACIONES EDUCATIVAS.

- conocimiento de las carac. del niño hiperactivo.
- dificultad de concentración:
- actividades de tiempo corto.
- seleccionar información relevante
- controlar elementos distractorios
- dificultad para controlarse a nivel motor
- programas individuales de autocontrol
- baja tolerancia ante la frustración:
- secuenciar las dificultades de las actividades
- ayuda externa ante situaciones novedosas

4.- DIRECTRICES GENERALES PARA LOS PROFESORES DE ALUMNOS CON HIPERACTIVIDAD.

DISPOSICIÓN FINAL EN EL AULA:

- a) utilizar una disposición por filas
- b) moverse el profesor por clase
- c) situación cerca del profesor
- d) evitar situarlos cerca de las ventanas o puertas
- e) cuidar de que en los pupitres solamente aparezcan los materiales indispensables
- f) colocar al lado del alumno hiperactivo compañeros que sean modelos adecuados.

Péjg.

5.- COMPORTAMIENTO AGRESIVO.

Puede ser considerado un trastorno de conducta y es una de los que más preocupa a los padres y educadores, por dos motivos:

- 1.- efectos negativos
- 2.- es muy resistente al tratamiento.

Es muy difícil eliminarlo porque no está clara la concepción de por qué se produce:

• **Según Lorenz:** "la agresividad es un impulso innato e inevitable". El problema es que con esta concepción que hacemos con ese impulso, o intentamos reprimirlo, o no está de acuerdo porque de alguna forma tiene que salir, la solución que le da es canalizarlos hacia otras actividades socialmente aceptables.

• **Bandura:** "se produce por un aprendizaje social" la técnica que recomienda se basa en la modificación de conducta.

• **Bowlby:** mezcla las dos situaciones: "el comportamiento agresivo es un impulso que se va a ir desarrollando por las frustraciones y por las necesidades tempranas no satisfechas", la solución que propone es mediante psicoterapia.

• **Definición general** aceptada por todos los autores: "la conducta agresiva será aquella conducta motora o verbal violenta e intensiva que produzca efectos observables en otros sujetos lastimándoles, dañándoles o bien ofendiéndoles".

Existen dos tipos:

a) agresivo manipulativas: cuando realizamos un comportamiento agresivo como un medio para conseguir una finalidad concreta, generalmente este tipo se relaciona con el control del entorno y con la conservación de la propia identidad, ej.: empujar a un compañero que le ha quitado el sitio.

No se consideran patológica durante el ciclo preescolar porque el niño todavía no ha logrado una serie de estrategias que le permitan relacionarse en situaciones de conflicto.

b) conductas agresivas hostiles: cuando utilizamos el comportamiento agresivo no como un medio sino como un fin en sí mismo.

Son siempre consideradas trastornos. Para que un comportamiento se considere agresivo y patológico debe persistir, con mucha frecuencia, tener en cuenta su finalidad y la generalización, es decir, que presente ese comportamiento en todas las situaciones.

5.1.- FACTORES QUE LO PUEDEN PROVOCAR.

- 1.- la observación de modelos agresivos.
- 2.- el grado de frustración. Cuando los niños viven en un ambiente frustrante, son niños que muestran muchos comportamientos agresivos porque es una reacción casi inevitable ante la frustración.
- 3.- recompensa de conductas agresivas.
- 4.- tolerancia ante el comportamiento agresivo los niños interpretan esa tolerancia como un refuerzo, aumentando esa agresividad.
- 5.- interacción adulto-niño, si los padres son autoritarios aumentan las conductas agresivas. Aquellos padres permisivos también dan lugar a comportamientos agresivos en los niños. A nivel escolar hay los mismos resultados, también se ha comprobado que respecto a los métodos utilizados en la escuela si son competitivos aumentan.

5.2.- QUÉ SE DEBE HACER.

Prevenir, intentar que no aparezcan esos comportamientos. La única manera de hacerlo es intentar que todos esos factores no se den o si lo hacen que sea con poca intensidad.

Pjg.

5.3.- CÓMO HACERLO.

Distinguir entre patologías o no. Para ello diferenciar dos etapas:(no patológico)

- edad preescolar (1-5 años): se recomienda jugar con la motivación que el niño tiene en esta etapa (agradar). Ese comportamiento está mal.
- primaria: su motivación cambia e intentan llevar la contraria. Aquí se recomienda hablar con ellos, hacerles razonar que hay otra serie de maneras de solucionar los conflictos sin ser la agresiva.

Si la conducta persiste hay que utilizar otra serie de técnicas más específicas (psicológicas).

5.4.- TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA (PATOLÓGICO).

- Aglutinan un conjunto de estrategias que el utilizan refuerzo y el castigo para establecer o incrementar las conductas positivas y reducir o eliminar las conductas negativas.
- Son fáciles de implementar, de bajo coste y adaptables a múltiples contextos.

5.4.1.- Procesos a seguir en programas de intervención de conducta.

- 1.- Determinar la conducta objeto de modificación.
- 2.- Elaborar, a partir de los datos obtenidos mediante registros observacionales, la lámina base de dicha

conducta.

3.- Planificar el programa de contingencias especificando los procedimientos que vamos a utilizar así como la forma de aplicación.

4.- Aplicar los procedimientos seleccionados de forma contingente a la conducta a modificar.

5.- Evaluar los resultados.

5.5.- TRATAMIENTOS CONDUCTUALES.

5.5.1.- Técnicas para el aumento del comportamiento deseable.

A- Alabanzas. Requisitos:

1.- debe ser descriptiva

2.- alabar comportamientos positivos aunque sean poco importantes

3.- debe ser sincera y sólo sobre lo que haya realmente hecho

4.- tono de voz agradable

5.- utilizarla durante o inmediatamente después de la emisión de la respuesta que deseamos incrementar

6.- cambiar las alabanzas

7.- la alabanza mediante sugerencia puede evitar conductas inadecuadas

8.- inicialmente puede combinarse con el uso de recompensas

9.- contacto físico, sonrisas...

B- Recompensas o privilegios:

1.- identificar cuáles son las recompensas o privilegios apropiados para cada niño en particular.

2.- las recompensas siempre deben fortalecer conductas deseadas, nunca debe aumentar las disruptivas.

3.- deben darse sólo inmediatamente después de la emisión de la conducta adecuada.

4.- rara vez producen un cambio inmediato, utilizarlas consistentemente.

5.- deben variarse para evitar la saciación.

6.- darlas en proporción a la importancia y dificultad a la conducta que se desea premiar.

"Ley de la abuela" o "Pp de Pemack": el niño que realice una conducta desagradable para él obtendrá una recompensa, ej.: cuando hagas las tareas te vas a jugar. Esto no hacerlo en forma negativa: si no haces las tareas no sales a jugar.

Pág.

5.5.2.- Técnicas para disminuir las conductas problemáticas.

A- Extinción:

Retirada sistemática de la atención inmediatamente a un comportamiento no deseado. Tiene como dificultad su aplicación a nivel familiar.

- autocontrol- si un niño presenta una conducta no adecuada no hacerle caso no es aconsejable
- consistencia- la retirada del refuerzo debe ser siempre
- da resultados en conductas negativas "tolerables" (decir tacos)
- no sirve para comportamientos graves ni conductas que producen un beneficio inmediato (mentira)

B- Aislamiento o "time out":

Enviar al niño a un lugar aislado y aburrido durante unos minutos (3 a 5), inmediatamente después de un comportamiento incorrecto. el problema es que se le suele mandar a sitios en que está más entretenido y demasiado tiempo.

- Objetivos:
- suprime la atención que puede estar motivando el mal comportamiento
- detiene el conflicto
- reduce la probabilidad de que el comportamiento empeore
- da la oportunidad de reflexionar y tranquilizarse

- Recomendable:

- hiperactividad
- comportamientos agresivos

C- Retirada de privilegios o coste de respuesta:

Pérdida de una consecuencia o estímulo positivo contingente a la aparición de una conducta inadecuada, ej.: yo hago algo mal y pierdo la posibilidad de ver la tele.

- Cómo utilizarla:

- sólo se aplica correctamente cuando el niño ha sido advertido de las consecuencias
- debe ser proporcionada a la conducta realizada
- lo que se pierde debe tener valor de incentivo
- en lo posible, el costo debe estar relacionado con la conducta inadecuada

- deben combinarse con otras técnicas positivas

- no abusar

- Se recomienda:

- niños mayores

- adolescentes

D- Castigo:

Hay que tener en cuenta:

fuerte- más que eliminar lo que hace es que lo reprime, tiende a salir de otra forma

- intensidad

difícil- no sirve para nada (cachete)

- consistencia

- proximidad- utilizarlo inmediatamente después de presentar la conducta inadecuada

- fuerza de la respuesta- hay veces en que la conducta inadecuada que es tan importante que no importa para el niño las consecuencias

- adaptación- si siempre se utiliza el mismo castigo se adapta y no hacemos nada

- alternativa al premio.

Péjg.

TEMA 7. DIFICULTAD AUDITIVA E INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

El enfoque que le da la medicina, la audiología y la fonoaudiología es desde un punto de vista rehabilitador, mientras que las demás ciencias le da un enfoque más global.

1.- CRITERIOS LINGÜÍSTICOS.

Dos grupos: siempre que puedan adquirir lenguaje oral:

- **Hipoacúsicos:** sujetos cuya audición es deficiente, pero con prótesis o sin ella, su audición es funcional para la vida ordinaria y permite la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva.

- **Sordos profundos:** sujetos cuya audición no es funcional para la vida ordinaria y no posibilita la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva, aunque aún puede hacerlo, en mayor o menor grado, por vía visual.

La visión es el principal lazo con el mundo y el principal canal para la comunicación.

2.- CRITERIO EDUCATIVO.

"Aquel niño cuyo déficit auditivo es suficientemente severo para que no pueda beneficiarse completamente de los recursos que, normalmente, ofrece el aula ordinaria".

3.- CRITERIO SOCIOLINGÜÍSTICO.

"Sordo será aquel que, a veces con relativa independencia de su pérdida, se siente parte de la comunidad sorda, conoce su lenguaje de signos y comparte sus peculiaridades culturales".

4.- GLOBALMENTE.

5.- VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL DEFICIENTE AUDITIVO.

Se pueden considerar 2 grandes grupos, que hemos de tener en cuenta a la hora de ver qué intervención hemos de tener:

A) Variables individuales:

1.- inicio de la sordera: se distinguen dos tipos generales de sordos:

a) prelocutivos-> se han quedado sordos antes de aprender a hablar, sordos hereditarios o cuando tienen menos de 5 años. Tenemos que darles un sistema de comunicación, en los niños sordos profundos lenguaje de signos, fundamentalmente, en algunos casos bimodal, actualmente se recomienda siempre que sea posible se le inicie en el lenguaje oral.

P.ej.

b) poslocutivos-> pierden la audición después de adquirido el habla, tienen más de 5 años. Ya tienen lenguaje oral, tenemos que trabajar fundamentalmente que conserven ese vocabulario, motivándoles a leer mucho ya que es el único medio para que lo amplíen; otro aspecto importante a trabajar es la aceptación de la discapacidad, les afecta mucho en las relaciones sociales, por eso es muy recomendable que tengan ayuda psicológica.

2.- el grado de pérdida auditiva:

a) audición normal con pérdida entre 0 y 20 dB.

b) umbral de audición entre **20 y 40 dB**-> hipoacusia leve, son niños que generalmente pasan desapercibidos porque oyen relativamente bien, suelen tener problemas cuando el ambiente es ruidoso y cuando las palabras utilizadas no son de uso frecuente, a nivel familiar los padres no se dan cuenta, sólo tienen problemas a la llegada a la escuela. Se recomienda la colocación de una prótesis auditiva con la que recuperar parte de la pérdida que tiene, en algunos casos pueden presentar problemas a la hora de articular algún fonema (dislalias auditivas).

c) umbral de audición entre **40 y 70 dB**-> hipoacusia moderada, adquieren el lenguaje oral por vía auditiva pero con déficit que será más importante a medida que la pérdida auditiva aumente. Se recomienda la colocación de audífonos, prótesis, estimulación auditiva con el fin de recuperar lo máximo que se pueda y la intervención logopédica.

d) umbral de audición entre **70 y 90 dB**-> hipoacusia severa, sólo pueden oír algunas palabras amplificadas. No suelen adquirir el lenguaje oral por vía auditiva espontáneamente, aunque lo hacen con ayuda del logopeda, con déficit. Se recomienda intervención logopédica colocación de prótesis y entrenamiento o estimulación auditiva.

e) umbral de audición >90 dB $\rightarrow$ hipoacusia profunda, prácticamente no oyen nada, no pueden aprender el lenguaje oral por vía auditiva, en estos casos es imprescindible enseñarles un sistema de comunicación.

3.- el momento del pronóstico: esto es importantísimo porque cuanto antes se detecte el problema antes se le puede dar la respuesta que necesita. Generalmente las hipoacusias severas y graves, a veces las moderadas, se suelen diagnosticar bastante pronto, el problema está con la leve porque se diagnostican muy tarde y el niño lleva mucho tiempo en la escuela.

Cuando el tutor nos lleve al niño diciendo que no atiende, que no presta atención, lo 1º que tenemos que decirle a los padres es que lo lleven al otorrino y hagan un diagnóstico y le pongan la prótesis que necesite, desapareciendo de esa forma las dificultades que el niño presenta.

4 etiología o causas de la sordera: podemos distinguir dos tipos:

a) hereditarias: producidas generalmente por la alteración en un gen, que suelen ser recesivos. Los que son hereditarios sólo son sordos y no suelen tener ningún otro problema asociado.

b) adquiridas: los sordos adquiridos sólo suelen tener problemas asociados (sordo-ciegos, sordo-paralíticos cerebrales, sordo-deficientes mentales, el 90% de los sordos son adquiridos). Se puede adquirir en:

- la etapa prenatal por incompatibilidad de RH, fármacos, exposición a rayos intensos.
- perinatal (en el momento de nacer) por anoxias, traumatismos producidos en el parto (fuerzas, ventosas...)
- posnatal por enfermedades (fundamentalmente meningitis, otitis serosa de repetición...)

5.- cociente intelectual: dicen que hay muchos sordos deficientes intelectuales (realmente no tienen nada que ver el déficit intelectual con la sordera).

P.ej.

B) Variables relacionadas con el entorno del niño

1.- familiar:

a) nivel socio-cultural $\rightarrow$ los de nivel medio-alto tienen mejor pronóstico, nivel bajo tienen más dificultad para acceder a las prótesis.

b) aceptación del niño sordo

c) la capacidad para establecer una comunicación $\rightarrow$ está muy relacionado con la aceptación

2.- ambiente escolar: se recomienda una estimulación temprana. Cuando llega a la etapa escolar se *pueden* escolarizar:

- a) colegio ordinario cercano a su casa
- b) centro ordinario de integración para todas las discapacidades
- c) centro ordinario preferentemente de sordos
- d) centro ordinario que tenga un aula de E.E. para sordos

e) centros de E.E. para sordos

Se **deben escolarizar**:

a) colegio ordinario cercano a su casa: no porque normalmente no tiene recursos.

b) centro ordinario de integración para todas las discapacidades: tampoco porque los recursos están saturados.

c) centro ordinario preferentemente de sordos: se recomienda éste porque tendrán más recursos específicos para estos niños.

d) centro ordinario que tenga un aula de E.E. para sordos: sólo se recomienda para casos de sordera muy profunda.

e) centros de E.E. para sordos: sólo cuando además de sordo tiene otra deficiencia asociada.

- INTEGRACIÓN EN AULA ORDINARIA. VENTAJAS.

- Le permite el contacto familiar y estar inmerso en su ambiente.
- La escuela ordinaria le ofrece un entorno más estimulante y currículum más amplio.
- El lenguaje oral está siempre presente como vehículo de comunicación.
- Importancia del contacto con compañeros "normales", evita sentimientos de diferencia.
- Le obliga a emplear una variedad de técnicas de comunicación.
- Le obliga a desarrollar un nivel de habla y lenguaje más inteligible.
- Le prepara para participar en una sociedad de oyentes -> *integración social*.

- PROBLEMAS EN EL AULA (CENTRO ORDINARIO).

A) aspectos físicos del aula (los alumnos sordos se quejaban de:)

- ruidos ambientales:
- alumnos al hablar, mentalizar al resto de alumnos del problema que existe.
- aulas cerca de lugares ruidosos, cambiar el aula de zona
- ruidos de puertas y sillas, acolchar, entelar...
- aulas numerosas (todos los ruidos se amplifican)
- posición en la clase

B) aspectos relación profesor-alumno. Mejorar la lectura labial:

- escribir en la pizarra sin hablar

- mantener el libro bajo
- articular de forma clara y a velocidad moderada
- no hacer grandes gestos con las manos, mantenerlas lejos de la cara
- no usar barbas ni bigotes
- colocarse frente al alumno, evitar dar la espalda a una fuente de luz
- no pasear por la clase
- organizar la clase en forma de U
- empleo de retroproyector

P.ej.

C) interacción profesor-alumno: (para todos)

"La explicación dura demasiado, se cansan"

- dejarles descansar
- ayudarse de medios audiovisuales
- hacer esquemas
- poner palabras o frases en la pizarra que ayuden a comprender el mensaje mejor
- preguntarle durante la explicación
- asignarle a un compañero oyente y que le pueda ayudar a coger apuntes...

D) interacción alumno-alumnos: los sordos se quejaban: "de la mala actitud de los oyentes hacia los sordos". Se propuso:

- simulación de disminuciones: en este caso auditiva (taparles los oídos, ponerles un audífono) con el fin de que les entiendan
- charlas con un afectado que les explique las dificultades y cómo se les puede ayudar
- grupo de discusión sobre la problemática de los niños sordos
- contactos directos y visualización de documentos y películas (se recomienda que los alumnos oyentes visiten centros de sordos)
- crear juegos y colectivos cooperativos y no competitivos, con el fin de que puedan integrar sordos y oyentes
- mandarles que hagan un trabajo sobre la sordera y que posteriormente ellos hagan un informe

- EJEMPLOS DE ADAPTACIONES CURRICULARES A NIÑOS SORDOS:

*** DE ACCESO:**

- Situar al alumno en un lugar del aula que compense al máximo sus dificultades
- Facilitarles un sistema de comunicación con el fin de que puedan acceder al currículo, o bien el lenguaje de signos o bimodal

*** DE CÓMO ENSEÑAR-EVALUAR:**

- Utilizar técnicas o procedimientos de evaluación distinto a los del grupo (no examinarles oralmente)
- Ofrecerle ayudas visuales para presentarle la información
- Introducir actividades individuales (de sistemas alternativos de comunicación)

*** SOBRE QUÉ ENSEÑAR-EVALUAR:**

- Dar prioridad a determinados objetivos, contenidos y criterios de evaluación (ej.: es prioritario en primaria de la lectoescritura porque fundamentalmente con la lectura van a ampliar su vocabulario)
- Introducir contenidos específicos para este tipo de alumnos (ej.: ejercicios de colocación y manejo de laparotomía, ejercicios de discriminación auditiva...)

Pág.

TEMA 8. DEFICIENCIA MOTÓRICA

1.- DEFINICIÓN.

"El niño o deficiente motórico es todo aquel que presenta de manera transitoria o permanente alguna alteración en su aparato locomotor, debido a deficiente funcionamiento en el sistema neuro-articular, muscular y nervioso y que en grados variables limita algunas de las actividades que pueden realizar el resto de los niños de su edad"

2.- CLASIFICACIÓN DE ALGUNAS DE LAS DEFICIENCIAS MOTÓRICAS.

Hay muchas pero nosotros vamos a basar fundamentalmente atendiendo al origen.

A) Cerebral: puede dar origen a:

a) *parálisis cerebral*

b) *trastornos craneo-encefálicos*

c) *tumores*

B) Espinal

a) *poliomielitis anterior aguda*

b) *espina bífida*

C) Muscular

a) *miopatías*

- distrofia muscular progresiva de Duchenne de Boulogne.

A) Cerebral:

a) parálisis cerebral: alteración o pérdida del control motor producida por una lesión encefálica que además no es progresiva, se tiene que producir en la etapa prenatal, perinatal o durante la 1ª infancia, sea cual sea el nivel mental del niño.

Definición de Cahuzac: "es un desorden permanente, pero no invariable (es decir, es susceptible de mejoría) de la postura y del movimiento, debido a una disfunción del cerebro antes de completarse su crecimiento y su desarrollo".

Clasificación atendiendo a la localización topográfica:

• *Parálisis:*

- monoplejía: parálisis que afecta a un sólo miembro, ya sea el brazo o la pierna.
- paraplejía: parálisis de dos miembros, generalmente las piernas.
- hemiplejía: parálisis de un lado del cuerpo, ya sea del derecho o del izquierdo.
- tetraplejía: parálisis de los cuatro miembros.
- *Paresia*: parálisis más ligera, con cierto movimiento de los miembros
- monoparesia: parálisis ligera o incompleta que afecta a un sólo miembro, ya sea el brazo o la pierna.
- paraparesia: parálisis ligera o incompleta de dos miembros, generalmente las piernas.
- hemiparesia: parálisis ligera o incompleta de un lado del cuerpo, ya sea del derecho o del izquierdo.
- tetraparesia: parálisis ligera o incompleta de los cuatro miembros.

Clasificación según los efectos funcionales:

• *Espasticidad:*

- 69% de los casos
- se produce por una lesión cerebral en el sistema piramidal que controla los movimientos voluntarios
- hipertonia, los músculos están contráctos y rígidos. Para cualquier movimiento se precisa un gran esfuerzo, y esto unido al miedo que tienen por caer al suelo les hace ser personas retraídas, pasivas y sin motivación para explorar el entorno. Cuando intentan controlar sus movimientos se produce un aumento de la hipertonia. En el caso de que caminen lo hacen con las piernas en forma de tijera.
- a nivel de lenguaje, tienen un lenguaje disártrico, explosivo.

PÃ¡g.

- *Atetosis:*

- sÃ³lo 20%

- la lesiÃ³n se localiza en el sistema extrapiramidal que controla los movimientos involuntarios o automÃ¡ticos.

- pueden pasar de una hipertonÃ­a a una hipotonÃ­a. Con movimientos irregulares y retorcidos, cuando duermen no realizan ningÃºn movimiento raro. Suelen tener problemas con los mÃºsculos de los labios, de la lengua y de la garganta, como consecuencia suelen babear mucho.

- lenguaje variable, dependiendo del nivel de aceptaciÃ³n que tengan.

- *Ataxia:*

- 1%

- localizado en el cerebelo

- lo que estÃ¡ afectado es el equilibrio, la precisiÃ³n de los movimientos, el medir la fuerza, la distancia la direcciÃ³n de los movimientos.

Es normal que estos tipos de parÃ¡lisis cerebrales se encuentren mezcladas.

Causas:

No estÃ¡n claras, pero totalmente descartada la genÃ©tica.

- *prenatales:*

- infecciones de la madre durante el embarazo

- intoxicaciones por fÃ¡rmacos

- exposiciÃ³n a radiaciones

- fenilcetonuria, no pueden metabolizar el Ãcido fenilcetonÃ©ico y se ve afectado el sistema nervioso central, otras veces, al nacer aÃºn no se ve la afectaciÃ³n, si no se toman medidas puede terminar de forma vegetativa

- hipoglucemia

- hipertensiÃ³n

- *perinatales: hipertensiÃ³n*

- anoxia grave

- desprendimiento de placenta

- prematuridad
- *postnatales:*
- meningitis
- encefalitis
- traumatismos graves
- fiebres altas
- deshidrataciones

Los parálisis cerebrales son normales a nivel intelectual. Cuando tienen deficiencias intelectuales suelen tener otros problemas asociados.

- 25%- CI normal
- 25%- CI entre 90-70
- 25%- CI entre 50-70
- 25%- CI inferior a 50

Pueden progresar, es necesaria la intervención del equipo.

Intervención con niños con parálisis cerebral, a nivel escolar:

- han de trabajar con ellos tutores, apoyos, fisioterapeutas, logopedas.
- la escolarización se recomienda en los casos de parálisis cerebral pura (sin otros problemas asociados) en centros ordinarios preferentemente de motóricos. Cuando existen otros problemas asociados se recomiendan los centros específicos. **Siempre** y cuando **sea posible** es recomendable la escolarización en centro ordinario.
- tienen más posibilidades de las que aparentan, no hay que martirizarles con tratamientos excesivos.

Pág.

A) Cerebral:

b) traumatismos craneo-encefálicos: pueden ser lesiones localizadas o difusas, suelen ser en el cerebro como consecuencia de la sacudida de la masa encefálica sobre la caja craneana. Cuando hablamos de una lesión localizada decimos que es una **contusión**, cuando es difusa hablamos de **contusión**. Generalmente cuando se produce un traumatismo craneo-encefálico van acompañados de pérdida de conciencia con un profundidad y duración variable.

Causas:

- accidentes: casa, tráfico, caídas, golpes, maltratos...

Características que suelen presentar los niños que han padecido un TC:

- lentitud gestual
- lentitud intelectual
- extremada agresividad o apatía
- problemas de atención

Cuando se van a dar estas características:

Dependiendo de cómo sea la lesión y de la profundidad y duración de la pérdida de conciencia.

- contusión, ej.: en el área del lenguaje, afasia adquirida
- conmoción, al ser difusa se van a dar todas las alteraciones
- cuanto más profunda sea la pérdida de conciencia mayor posibilidad habrá de que se manifiesten las características en un grado más amplio

B) Espinal:

a) poliomyelitis anterior aguda ("polio"): enfermedad infecciosa que ataca a las neuronas motoras de la médula provocando una parálisis que puede dar lugar a deformidades físicas importantes.

Este tipo de trastorno (en el mundo occidental) prácticamente está desapareciendo gracias a las campañas de vacunación (se sigue dando en las familias más pobres).

Causas:

Esta enfermedad infecciosa se produce por un virus que penetra por vía digestiva. Los síntomas que presentan en un principio es un cuadro de pseudogripe (temperaturas altas -39°C, anginas, rinitis...), vómitos, mareos, dolores de cabeza e incluso rigidez en la nuca. Se suele confundir con meningitis.

Cómo se manifiesta:

- Período prepatológico: suele durar de 2 a 8 días. En ese período se dan todos los síntomas.
- Período paratológico: puede durar de 24 a 48 horas y de momento aparece la parálisis, generalmente suele afectar a los miembros inferiores y suele hacer su afectación de una manera desigual.

Consecuencias de cara a la escolarización:

El problema va a ser únicamente de tipo motor, (a nivel técnico) en general todos pueden seguir una escolarización normal, sólo hay que adaptarles el área de E. Física.

Pág.

B) Espinal

b) Espina bífida: "Enfermedad congénita en la que las vértebras no se desarrollan bien en el período

embrionario, por esto van a dejar un hueco bien en la región lumbar, en la región lumbosacra o en la cervical, por donde va a salir la médula espinal"

Grados o formas de afectación:

1.- *espina bífida oculta*: consiste en un cierre defectuoso de la vértebra, suele estar localizada en la región lumbosacra y es totalmente asintomática.

2.- *espina bífida meningocele*: suele estar en la región sacra, muy pocas veces en la cervical y como consecuencia produce una hidrocefalia (acumulación de líquido cefalorraquídeo que hace que la cabeza aumente de tamaño). Si no hay hidrocefalia no suelen tener problemas importantes (en este "quiste" no hay neuronas ni nervios afectados)

3.- *espina bífida mielomeningocele*: la médula, nervios, sacos forman parte del "quiste" son niños que o bien no llegan a nacer, o bien si nacen vivos suelen morir por infecciones, etc... Lo que está haciendo ahora es la "**reinserción de plano**" que consiste en recibir el mielomeningocele para que el niño no esté expuesto a esas infecciones (es un quiste que está cubierto solo por una capa fina de piel). Este tipo tiene repercusiones importantes en el niño:

- pérdida de sensibilidad en la zona posterior al mielomeningocele
- parálisis motora, también por debajo
- en un 90% se da hidrocefalia

Causas por las que un niño puede presentar espina bífida:

No están lo suficientemente claras y se habla de que puede ser debida a una predisposición poligénica unido a factores ambientales en el período prenatal. (período gestacional).

- enfermedades virales de la madre
- falta de vitamina importante
- medicación en el período de gestación (medicamentos psoriasis)
- falta del ácido fólico en la madre

Tipo de escolarización y problemas que presentan los niños con espina bífida (mielo.):

Son niños con deficiencias motoras pero no mentales, aunque sacos pueden tener dificultades de aprendizaje por:

- 90% tienen hidrocefalia que provoca una alteración a nivel intelectual
- pasan mucho tiempo hospitalizados por culpa de los problemas que se le asocian (renales...)
- pueden presentar problemas de conducta y carácter por 2 motivos: desde que nacen están sometidos a situaciones desagradables continuamente; unido a la sobreprotección de los padres
- de cara a la integración puede ser el más importante es que tienen o suelen tener problemas de incontinencia

Se deben escolarizar, siempre que no tengan otros problemas asociados, se recomienda que se escolaricen en centros ordinarios, preferentemente de motricos. Es una labor de equipo por parte de fisios, apoyos, tutores, cuidadores. Pjg.

Es aconsejable que esté sentado cerca del profesor/tutor, porque la atención la suelen tener bastante dispersa; su mesa suele ser más alta que la del resto de niños para que su atención sea mejor.

En cuanto al problema de incontinencia hay que explicárselo al resto de compañeros. En centros preferentemente de motricos la hora de la defecación se le puede controlar, en cuanto al orín se está pidiendo que haya un ATS en el centro para colocarle la sonda que se le coloca para que no tenga que ir con dotos.

Pjg.

TEMA 9. AUTISMO.

1.- RASGOS COMPORTAMENTALES.

En el año 1943 se comienzan a describir los rasgos comportamentales.

- incapacidad para establecer relaciones con las personas.
- retraso y alteraciones en la adquisición y uso del habla y del lenguaje (Ecolalia e inversiones pronominales), hablan de sí mismos en 3ª persona.
- insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios (si se producen pueden presentar pataletas, e incluso autoagresiones).
- actividades ritualizadas, juegos repetitivos y estereotipias (aleteo, balanceo...).
- aparición en ocasiones de "habilidades específicas"
- * buen potencial cognitivo
- * aspecto físico normal y fisonomía inteligente
- * aparición de los hitos normales desde el nacimiento- Según el año ya nacía con el autismo y que se producía porque la madre no había sabido mantener una relación de apego con el niño. Ahora se ha visto que no, que es sólo un problema puramente biológico.

Nota *: esto actualmente no se acepta.

2.- SÍNTOMAS DEL AUTISMO.

Rutter (1984), define el autismo como un "síndrome de conducta":

- incapacidad profunda y general para establecer relaciones sociales
- alteraciones del lenguaje y las pautas prelingüísticas
- fenómenos ritualistas o compulsivos "insistencia en la identidad", dice que el niño realiza esa conducta compulsiva para insistir en su identidad

- manierismos (manos y dedos, estereotipias)
- poca capacidad de atención
- * conductas autolesivas
- * retraso del control esfinteriano

- inicio antes de los 30 meses

Nota *: no se dan siempre.

3.- ALTERACIONES SEGÚN NSAC (SOC. AMERICANA NIÑOS CON AUTISMO).

- Alteraciones de las consecuencias y ritmos de desarrollo
- vÃ­a motora
- entre vÃ­as: motora, social-adaptativa y cognitiva
- detenciones, retrasos, regresiones
- Perturbaciones de las respuestas a los estÃ­mulos sensoriales
- hiper o hipoactividad
- sÃ­ntomas visuales (contacto ocular, son incapaces de mirar a quien les habla)
- sÃ­ntomas auditivos (puede que oigan ruÃ­dos leves y den grandes reacciones y ante ruÃ­dos fuertes no reaccionen)
- sÃ­ntomas tÃ¡ctiles (respuestas excesivas o pobres al ser tocados y al dolor, temperaturas, tocar superficies repetidamente)
- olfatorios y gustativos
- aleteos de manos, geticulaciones.

PÃ­g.

- Perturbaciones de habla, lenguaje-cogniciÃ³n y comunicaciÃ³n no verbal
- habla (mutismo, retraso en la apariciÃ³n, sintaxis y articulaciÃ³n inmadura)
- lenguaje-cogniciÃ³n (ausencia o limitaciÃ³n de la capacidad simbÃ³lica, buen memoria mecÃ¡nica. No razonamiento abstracto o conceptual, ecolalia, neologismos)
- comunicaciÃ³n no verbal (ausencia o retraso de los gestos apropiados, disociaciÃ³n entre los gestos y el lenguaje)
- Alteraciones de la capacidad de relacionarse adecuadamente con objetos, situaciones y personas

- Resistencia al cambio

4.- DIFERENCIAS ENTRE AUTISMO Y ESQUIZOFRENIA.

5.- DIFERENCIAS ENTRE AUTISMO Y RETRASO MENTAL.

6.- CAUSAS DEL AUTISMO.

En estos momentos se sabe que son de tipo biológico. Hay estudios que dicen que puede ser por anomalías de tipo genético (estudios con gemelos monocigóticos -uno lo es, el otro también- y dicigóticos). En otros se piensa que puede ser por una invasión viral del SNC; otro dice que se produce por deficiencias inmunológicas; otro por alteraciones metabólicas; otro porque se dan unas anomalías estructurales cerebrales.

En definitiva, se dice que es debido a un proceso biológico polivalente, que pueden influir todos esos factores.

Pjg.

7.- RANGO CI EN AUTISMO.

75%- DEF. MENTAL

15%- LÍMITES (no son considerados normales pero tampoco def.ment.; CI 100, tienen entre 85-90)

10%- NORMALES

8.- EDAD COMIENZO.

25%- 1ER AÑO

57%- 15-24 MESES

15%- 25-36 MESES

3%- 37-42 MESES

Pjg.

aquellos que la escuela normalmente proporciona. P.D.I. = programa de desarrollo individual (en el cuadro).

Enfermedad mental que en su mayoría no es grave y que o necesita fármacos o un tratamiento psicológico.

Miedos a controles, dolores de cabeza al ir a clase..., esto es normal, miedo morboso y persistente a la escuela. Se han encontrado que la pueden presentar por características propias del niño (sobrepotenciado, egocéntrico, centro de todo en la casa), de la familia (los padres, sobre todo la madre, dependiente del niño, ve la escuela como un lugar hostil) o de la escuela (los compañeros se reñen y los profesores no hacen nada).

Enfermedad grave que la mayoría de las veces necesita hospitalización, pueden ser peligrosos para ellos mismos y para los demás.

libro: guía para trabajar con niños hiperactivos. Vallet.

seguiremos la línea de Bandura porque es la más aceptada y porque el tratamiento que se puede llevar es el más barato, modificación de conducta.

no recomendable, puede acarrear otros problemas (miedos...)

persona sorda - aquella que tiene un déficit auditivo.

algunos autores no la consideran como variable individual

enfermedad congénita que se da con más frecuencia y que es más incompatible con la vida

Haslam médico que describe un caso. Otro caso es el de Víctor por Itard.

L. Kanner es el 1º que lo hace.

Fragmentos de genio.

BASES PSICOPED. DE LA E.E.